

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky



Hodnoty výskytu dyslalií v 1. ročníku ZŠ

Value of dyslalia 1. st. school year

Diplomová práce

2012

Vedoucí diplomové práce:
Mgr. Lucie Durdilová

Vypracovala:
Bc. Libuše Štumpflová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením
Mgr. Lucie Durdilové za použití zdrojů uvedených na závěr práce v seznamu literatury.

Praha, 12. června 2012

podpis

Poděkování:

Děkuji vedoucí práce Mgr. Lucii Durdilové za vstřícnost, odborné rady a vedení při zpracování diplomové práce.

Anotace

Cílem diplomové práce je přiblížit problematiku dyslálie. Práce se zaměřuje na *hodnoty výskytu dyslálií v 1. ročníku ZŠ.*

Teoretická část poskytuje poznatky, jež se dotýkají této problematiky. Jedná se především o vymezení pojmů: komunikace, narušená komunikační schopnost, komunikace ve vztahu RVP PV a RVP ZV. Značná část se věnuje komplexnímu zpracování problematiky dyslálie (klasifikace, symptomatologie, etiologie, diagnostika a terapie), práce se také věnuje dyslalií a jejím možným dopadům na život (dyslalie a škola, dítě s dyslalií a učitel, společenské důsledky dyslalie a psychologické důsledky dyslalie)

Praktická část je zpracována na základě dotazníkového šetření, bylo tedy použito metod kvantitativního výzkumu. Respondenty dotazníkového šetření byli rodiče žáků. Hlavním cílem této části bylo orientační zjištění hodnot výskytu dyslalií v prvním ročníku základní školy.

Klíčová slova

Komunikace, školní věk, dyslalie, hodnoty výskytu dyslalie

Annotation

Problem of the dyslalia is the main target of this graduation thesis . It's based on the value of dyslalia 1. st. school year.

The teoretical part provides knowledges, which deales with this issue. It's especially based on the basic terms: communication, communication disorder, communication with the relationship to RVP PV a RVP ZV. The main part of the teoreticial part pursue of the komplex proccesing dyslalia problem (classification, symptomatology, etiology, diagnosis and therapy), graduation thesis is also pursue of dyslalia problems and it's possible impacts on life (dyslalia and school, children with impaired articulation and teacher, dyslalia's social and psychological consequences).

The practical part is prepared on the basis of the survey. For this survey it was used the quantitative research methods. The Survey respondents were student's parents. Determine approximate values of dyslalia occurrence in the first school year was the main target of this practical part.

Keywords

Communication, school age, dyslalia, value of dyslalia

Obsah

ÚVOD	- 8 -
1 Vymezení základních pojmů	- 10 -
1.1 Komunikace	- 10 -
1.2 Řeč a jazyk.....	- 11 -
1.3 Komunikace ve škole	- 12 -
1.4 Komunikace ve vztahu RVP PV a ZV	- 13 -
1.5 Narušená komunikační schopnost.....	- 17 -
2 Dyslalie (patlavost).....	- 18 -
2.1 Definice.....	- 19 -
2.2 Klasifikace dyslalie.....	- 19 -
2.2.1 Klasifikace z vývojového hlediska.....	- 19 -
2.2.2 Klasifikace podle příčin	- 21 -
2.2.3 Klasifikace podle kontextu.....	- 21 -
2.2.4 Klasifikace dle rozsahu	- 22 -
2.3 Výskyt dyslalie.....	- 23 -
2.4 Symptomatologie	- 25 -
2.5 Etiologie.....	- 25 -
2.6 Diagnostika dyslalie	- 27 -
2.7 Terapie dyslalie	- 28 -
3 Dyslalie a její možné dopady na život	- 31 -
3.1 Dyslalie a škola	- 32 -
3.1.1 Dyslalie a výuka psaní a čtení.....	- 32 -
3.2 Dítě s dyslalií a učitel	- 34 -
3.3 Společenské důsledky dyslalie.....	- 35 -
3.4 Psychologické důsledky dyslalie	- 35 -
3.4.1 Sebepojetí a sebehodnocení	- 36 -
3.4.2 Pocit méněcennosti.....	- 36 -
3.4.3 Zátěž.....	- 37 -
4 Vymezení školní zralosti a připravenosti.....	- 37 -
5 Školní úspěšnost a školní neúspěšnost.....	- 38 -

6	Výzkumné šetření.....	- 39 -
6.1	Cíl výzkumu.....	- 39 -
6.2	Metodika výzkumu	- 40 -
6.3	Respondenti a charakteristika míst výzkumného šetření	- 40 -
6.4	Časový harmonogram.....	- 42 -
6.5	Zpracování dat	- 43 -
6.6	Závěry výzkumného šetření a doporučení pro praxi.....	- 66 -
	Závěr.....	- 69 -
	Seznam literatury	- 71 -
	Seznam tabulek a grafů	- 74 -
	Příloha: Dotazník pro rodiče.....	- 76 -

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala „Hodnoty výskytu dyslalií v 1. ročníku ZŠ“. Téma jsem si vybrala nejen z toho důvodu, že je mi blízké, ale také proto, že jsem si během svých praxí (ať už z pozice speciálního pedagoga nebo učitelky českého jazyka) začala intenzivně uvědomovat, že na základních a i středních školách je nemalé procento dětí, které mají narušenou komunikační schopnost - dyslalií.

Přestože je velmi často dyslálie považována spíše za méně závažnou formu narušené komunikační schopnosti (například v porovnání s koktavostí, afázií apod.), tak je žádoucí mít neustále na zřeteli, že může výrazně ovlivnit život jedince a že jako kterékoli jiné postižení má dopad na celou osobnost dítěte. V rámci školního prostředí není výjimkou, že se dyslálie u dětí stává zdrojem posměchu, děti mohou mít problémy se začleněním do kolektivu a to se může odrazit na jejich sebehodnocení a sebepojetí. Pro děti školního věku je velmi důležité to, jak je vnímá a hodnotí jejich okolí, v rámci sociální interakce tak získávají svůj vlastní obraz, potvrzují si svou vlastní identitu. Pokud je tento obraz negativní, není výjimkou, že se u těchto dětí objeví pocity méněcennosti. Psychika dítěte, jeho sebedůvěra a sebepojetí, se také odrazí na školní práci. Děti, které si méně věří, si často kladou menší cíle. Dyslálie tedy může mít výrazně negativní dopady, jak na stránku sociální, tak na psychiku dítěte. Dále si musíme uvědomit, že přestože, jak bylo zmiňováno, je dyslálie brána spíše za méně závažnou formu narušené komunikační schopnosti, tak může mít negativní dopady na školní práci, neboť může znesnadňovat výuku čtení a psaní a stát se tak zdrojem školní neúspěšnosti.

Toto téma tedy není radno podceňovat, proto jsem se rozhodla jím blíže zabývat. Jedním z cílů diplomové práce bylo zpracovat jej po teoretické stránce, zde jsem se kupříkladu zaměřila na význam komunikace ve škole a její postavení ve vztahu k RVP PV a RVP ZV, na narušenou komunikační schopnost obecně a poté se v práci podrobněji věnuji dyslalií - její klasifikaci, výskytu, symptomatologii, etiologii, diagnostice, terapii a mimo jiné také jejím možným dopadům na život jedince. Jedním z cílů diplomové práce bylo tedy zpracovat téma po teoretické stránce, dalším důležitým cílem diplomové práce bylo provést výzkumné šetření, které probíhalo na vybraných

běžných základních školách v Praze. Respondenty byli rodiče žáků a účelem tohoto šetření bylo orientační zjištění hodnot výskytu dyslálie v prvním ročníku základní školy, dále také zjištění počtu žáků prvního ročníku, kteří se účastní logopedické péče, a v neposlední řadě bylo také žádoucí se ve výzkumném šetření zaměřit na názory rodičů – především na to, zda se domnívají, že by dyslálie mohla ovlivnit školní úspěšnost jejich dětí. Názory rodičů jsou velmi důležité, neboť jsou to rodiče, kteří se výraznou měrou spolupodílejí na terapii dyslálie – docházejí s dítětem na logopedii a dále s ním doma pravidelně cvičí.

1 Vymezení základních pojmů

1.1 Komunikace

S pojmem **komunikace** (z lat. communicatio) se můžeme setkat v mnoha vědních disciplínách, např. v lingvistice, psychologii, pedagogice antropologii či dopravě atd. V literatuře nenajdeme jednotnou definici, ale všeobecně lze říci, že se jedná o obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikaci tedy můžeme chápat jako složitý proces výměny informací mezi lidmi. (Klenková, 2006)

Pro člověka je komunikace nesmírně důležitá a její význam nelze dostatečně vyjádřit. Úspěšná komunikace je základem sociálních interakcí. S pojmem komunikace se pojí i pojem komunikační proces, který můžeme definovat jako výměnu informací (tedy i výměnu představ, nálad, pocitů a postojů). Tato výměna se děje pomocí znaků. Jedním ze specificky lidských znakových systémů je řeč. (Mareš, 1995)

Bytešníková (2007, str. 59) konstatuje, že *„schopnost komunikace je základníma a životně důležitým procesem pro existenci a organizaci každé společnosti.“* Poté dodává, že bez komunikace by žádná společnost nemohla existovat, natož pak se vyvíjet. Z výše uvedeného je tedy zjevné, že komunikace v životě člověka hraje opravdu nezastupitelnou roli.

Základem komunikačního procesu jsou čtyři prvky: komunikátor, komunikant, komuniké a komunikační kanál. Komunikátor je osoba, která kóduje své myšlenky. Recipient neboli komunikant je zachytí a dekóduje. Obsah sdělení se nazývá komuniké. Komunikační kanál je cesta, která slouží k předávání informací.

Komunikace se zpravidla dělí na komunikaci verbální a nonverbální. **Verbální komunikace** je komunikace prostřednictvím jazyka a řeči. Může nabývat podoby přímé nebo zprostředkované, psané či mluvené. Význam verbální komunikace je nepopíratelný.

Neverbální neboli **nonverbální komunikace** je komunikace tzv. mimoslovní, která je vývojově starší než komunikace verbální. Při přenášení určitých informací se

nepoužívá slov, nýbrž jiných způsobů, kterých je velké množství, např. můžeme komunikovat pomocí gest, mimiky, pohybu, pachu atd. Do neverbální komunikace řadíme zejména: pohledy, mimiku, posturologii, kinetiku, gestiku, haptiku, proxemiku, chronemiku a v neposlední řadě také úpravu zevnějšku. V neverbální komunikaci dochází poměrně často k nevědomé a nezáměrné výměně informací.

Neverbální komunikace se manifestuje především ve vztahové rovině, sdělují se nálady, pocity, afekty apod. Oproti verbální komunikaci je omezena tematicky, ale i tak zaujímá významné postavení v procesu interakce. Pedagogický slovník říká, že „*neverbální komunikace doprovází, zpřesňuje, doplňuje verbální komunikaci.*“ (Průcha, 2009, str. 171)

Rozdíl v neverbální a verbální komunikaci nespočívá pouze v užitém kódu. Z hlediska kvantitativního nabízí verbální komunikace větší množství prostředků pro vyjádření. Další rozdíl, který můžeme zaznamenat, je rozdíl kvalitativní. Neverbální komunikace může zpracovávat jen určitý okruh témat a je vždy vázána na konkrétní situaci, ve které se právě odehrává. Toto omezení verbální komunikace nemá. Můžeme hovořit o něčem, co se teprve stane nebo o něčem, co se stalo, dále také o věcech hypotetických atd. Přestože tedy existují určité rozdíly mezi verbální a neverbální komunikací, jsou oba typy komunikace v interakci mezi lidmi důležité a velmi často se prolínají a doplňují.

1.2 Řeč a jazyk

Hovoříme-li o komunikaci, je nezbytné, zabývat se také řečí a jazykem. Řeč lze definovat jako „*biologickou vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka.*“ (Škodová, 2003, str. 89)

Řeč je specificky lidská činnost, která umožňuje jedinci používat sdělovacích výrazových prostředků v mezilidské komunikaci. Složí k vyjadřování pocitů, přání, myšlenek atd. (Krahulcová, 2007)

Je to schopnost člověka, se kterou se nerodí, ale musí se jí během svého vývoje učit. Člověk se totiž rodí pouze s určitými dispozicemi k osvojení řeči a tyto dispozice

je ale třeba rozvíjet. V případě, že by člověk vyrůstal bez kontaktu s mluvním okolím, řeč by se u něj nerozvinula. (Vyštejn, 1987)

Řeč je nejvýznamnějším nástrojem lidské komunikace a hraje v životě člověka nezastupitelnou roli. Klenková (2006) uvádí, že není pouze záležitostí mluvních orgánů, ale také mozku a hemisfér, úzce souvisí s kognitivními procesy a myšlením.

Řeč je realizací jazyka a jazyk „*pokládáme za specifickou vlastnost určité, přesně vymezené skupiny lidí sdělovat prostřednictvím zvukového, písemného nebo jiného kódu smysluplné informace.*“ (Bytešníková, 2007, str. 61) Jazyk je tedy soustava konvenčních znakových a vyjadřovacích prostředků, jež jsou vlastní určitému společenství. Je definován lexikonem a gramatikou.

1.3 Komunikace ve škole

Komunikace je nejen důležitá pro celé společenství lidí, ale má také své významné postavení ve škole. Komunikace je základním a nejdůležitějším prostředkem realizace výchovy a vzdělávání.

Pedagogickou komunikaci můžeme charakterizovat jako vzájemnou výměnu informací mezi účastníky výchovně vzdělávacího procesu, jenž slouží výchovně vzdělávacím cílům. Informace se předávají nejen cestou slovní, tedy verbální, ale z velké části také cestou mimoslovní (nonverbální). Účastníky komunikace jsou: učitel, žák, či celá třída, ale také rodiče. (Gavora, 2005)

Jiní autoři uvádějí, že pedagogickou komunikaci „*je nutné chápat jako základní prostředek uskutečňování výchovy a vzdělávání, který umožňuje zprostředkovaně v podobě verbálních a neverbálních projevů učitelů a žáků realizovat zvolených cílů, obsahu, metod a forem jako prvku vyučovacího procesu.*“ (Klimeš, 1982, in Nelešovská, 2005, str. 26)

Pro úspěšnou pedagogickou komunikaci je důležité třídní klima, které by mělo být příznivé a vstřícné. Tedy takové, které podporuje vzájemnou komunikaci a interakci mezi účastníky pedagogické komunikace. V takovém klimatu by se účastníci komunikace (obecněji interakce) měli vzájemně respektovat, být k sobě tolerantní a

komunikovat mezi sebou apod. Každý učitel či každý pedagogický pracovník by měl takto příznivě orientované klima vytvářet a následně by také měl také dbát na rozvoj svých komunikačních kompetencí a vhodně pracovat s prostorovým rozmístěním účastníků komunikace. Mareš (1995, str. 50) upozorňuje na fakt, že „*samo umístění žáka v prostoru učebny začne ovlivňovat jeho aktivitu a u některých učitelů i způsob jejich jednání se žákem.*“ Mareš (1995) pracuje s tzv. akčními zónami, to jsou určitá místa ve třídě, kterým učitel věnuje více pozornosti než ostatním a žáci zde sedící jsou mnohem aktivnější. Většinou se jedná o první lavice a prostřední řadu. Pokud si tento fakt učitel uvědomuje, může promyšleně a cíleně zapojovat všechny žáky do výuky. Dalším důležitým bodem komunikace jsou vhodně kladené otázky, schopnost naslouchat, dovednost vést rozhovor, citlivě jednat se všemi žáky apod.

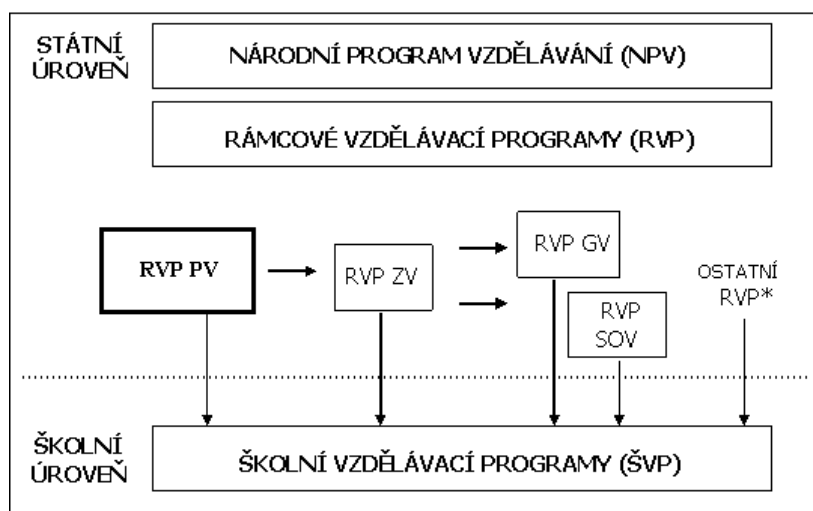
Nelešovská (2005) uvádí, že výzkumy potvrzují, že aniž by si učitel svého jednání byl vědom, tak mezi ním a výbornými žáky se vytváří řada komunikací a interakcí, které se odlišují od interakcí s žáky slabšími. Dodává, že učitelé výborným žákům poskytují více času na odpověď, častěji s nimi komunikují a na jejich nepřesné odpovědi reagují zpřesňujícími dotazy. U žáků slabších je tomu naopak. Pokud si učitel uvědomí tento fakt, může na něm též pracovat a poskytovat více času na odpověď všem žákům a vyvolávat všechny žáky ze třídy, přestože bude vědět, že některé odpovědi budou nepřesné.

1.4 Komunikace ve vztahu RVP PV a ZV

V souladu s novými principy kurikulární politiky, jenž jsou zformulovány v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR (tzv. v Bílé knize) a zakotveny v zákoně č. 561/2004 Sb. (novelizován zákonem č. 472/2011 Sb.), byl do vzdělávací soustavy zaveden nový systém kurikulárních dokumentů pro vzdělávání žáků od 3 do 19 let. Tyto nové kurikulární dokumenty jsou vytvořeny ve dvou úrovních: státní a školní. Státní úroveň představují rámcové vzdělávací programy (RVP), v nichž jsou vymezeny závazné rámce vzdělávání pro jednotlivé etapy (předškolní, základní a střední vzdělávání). Formulují očekávanou úroveň vzdělávání, vychází z předpokladu

celoživotního učení, zdůrazňují tzv. klíčové kompetence, zavádí do vzdělávání nová témata atd. Školní úroveň představují školní vzdělávací programy (ŠVP), které vychází z rámcových vzdělávacích programů a ze specifík a zaměření školy, která jej vytváří. (Bendl, 2008, Bytešníková, 2007)

Obr. č. 1: Systém kurikulárních dokumentů



Zdroj: VÚP RVP PV, 2004

Legenda:

RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání;

RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání;

RVP GV – Rámcový vzdělávací program pro gymnaziální vzdělávání;

RVP SOV – Rámcový vzdělávací program (programy) pro střední odborné vzdělávání.

* Ostatní RVP – rámcové vzdělávací programy, které kromě výše uvedených vymezuje školský zákon – Rámcový vzdělávací program pro základní umělecké vzdělávání, Rámcový vzdělávací program pro jazykové vzdělávání, případně další.

Předškolní vzdělávání patří dle zákona č. 561/2004 Sb. a jeho novelizace zákona č. 472/2011 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, do vzdělávací soustavy České republiky. Bytešníková (2007, str. 41) uvádí, že „předškolní vzdělávání v současném pojetí představuje počáteční stupeň veřejného vzdělávání organizovaného a řízeného požadavky a pokyny MŠMT.“ Podle Mezinárodní normy pro klasifikaci vzdělávání (ISCED) je předškolní vzdělávání řazeno do kategorie preprimárního vzdělávání. Školský systém ČR za předškolní vzdělávání považuje vzdělávání v mateřských školách, speciálních mateřských školách a v přípravných

třídách základních škol. (Bendl, 2008) Dle zákona č. 561/2004 Sb. a jeho novelizace č. 472/2011 Sb. je předškolní vzdělávání organizováno do tří ročníků pro děti ve věku od 3 do 6 let, případně 7 let.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV) vymezuje hlavní požadavky, podmínky a pravidla pro institucionální vzdělávání dětí. (Bytešníková, 2007) RVP PV stanovuje cíle předškolního vzdělávání, klíčové kompetence, vzdělávací oblasti a podmínky vzdělávání. Klíčové kompetence jsou formulovány jako soubory vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a také pro uplatnění každého jedince. Smyslem vzdělávání je vybavit jedince těmito klíčovými kompetencemi a připravit je tak na další vzdělávání. Pro etapu předškolního vzdělávání jsou vymezeny tyto klíčové kompetence: kompetence k učení, kompetence k řešení problémů, kompetence komunikativní, kompetence sociální a personální, kompetence činnostní a občanské. (RVP PV, 2004)

Bytešníková (2007, 84) uvádí, že „*klíčové kompetence právem získávají v rámcových vzdělávacích programech ústřední pozici, tvoří důležitý základ vzdělávání.*“ Dále poznamenává, že základy klíčových kompetencí mohou být vhodně vytvářeny a rozvíjeny již v předškolním vzdělávání, čímž se může pozitivně ovlivnit budoucí příznivý rozvoj a vzdělávání dětí. Ústřední postavení zastávají především kompetence komunikativní.

Kromě klíčových kompetencí RVP PV vymezuje obsah předškolního vzdělávání, který je formulován v podobě *učiva* a *očekávaných výstupů*. Vzdělávací obsah je uspořádán do pěti vzdělávacích oblastí, jež jsou nazvány: *Dítě a jeho tělo*, *Dítě a jeho psychika*, *Dítě a ten druhý*, *Dítě a společnost*, *Dítě a svět*. Vzdělávací oblast *Dítě a jeho psychika* obsahuje podoblast *Jazyk a řeč*. V této podoblasti pedagog u dítěte podporuje např. rozvoj řečových schopností a jazykových dovedností receptivních (vnímání, naslouchání, porozumění) i produktivních (výslovnosti, vytváření pojmů, mluvního projevu, vyjadřování), rozvoj komunikativních dovedností, atd. Mezi očekávanými výstupy na konci předškolního vzdělávání dítě zpravidla dokáže např. správně vyslovovat, ovládat dech, tempo a intonaci řeči, sluchově rozlišovat začáteční a koncové slabiky a hlásky ve slovech, utvořit jednoduchý rým, poznat a vymyslet jednoduchá synonyma, homonyma a antonyma atp. (RVP PV, 2004)

Z výše uvedeného přiblížení rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání lze usuzovat, že rozvoj komunikačních dovedností má své zásadní postavení již v mateřské škole. Nesmíme také zapomenout na to, že komunikační dovednosti jsou jednou ze složek, která se posuzuje při zjišťování školní zralosti či připravenosti.

V souladu s novými principy kurikulární politiky byl pro základní vzdělávání vydán **Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání** (RVP ZV). RVP ZV navazuje svým pojetím na RVP PV a je východiskem pro koncepci rámcových vzdělávacích programů pro střední vzdělávání. Základní vzdělávání je jedinou etapou vzdělávání, kterou absolvují všichni žáci povinně. Je rozděleno do dvou stupňů: 1. stupeň (1. – 5. ročník), 2. stupeň (6. – 9. ročník). Cílem základního vzdělávání je poskytnout žákům spolehlivý základ všeobecného vzdělávání a utvářet a postupně rozvíjet klíčové kompetence, a to kompetence k učení, k řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, občanské a pracovní. (RVP ZV, 2007)

V rámcovém vzdělávacím programu je vzdělávání rozděleno do devíti hlavních vzdělávacích oblastí (Jazyk a jazyková komunikace, Matematika a její aplikace, Informační a komunikační technologie, Člověk a jeho svět, Člověk a společnost, Člověk a příroda, Umění a kultura, Člověk a zdraví, Člověk a svět práce). Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou dále rozděleny na vzdělávací obory. Vzdělávací oblast Jazyk a jazyková komunikace obsahuje dva vzdělávací obory: český jazyk a literaturu a cizí jazyk. Očekávané výstupy v jednotlivých vzdělávacích oblastech mají činnostní povahu, důraz je také kladen na to, aby byly využitelné v běžném životě. RVP ZV stanovuje očekávané výstupy orientační, které jsou na konci 3. ročníku (v tzv. 1. období), dále pak očekávané výstupy závazné, jež jsou na konci 5. ročníku (2. období) a na konci 9. ročníku. (RVP ZV 2007)

Jazyk a jazyková komunikace zaujímá zásadní postavení ve výchovně a vzdělávání. Dobrá úroveň jazykové kultury umožňuje například vhodně se vyjadřovat, vnímat různá jazyková sdělení a reagovat na ně. Dovednosti, které žák získá ve vzdělávacím oboru Český jazyk a literatura jsou potřebné nejen pro jazykové vzdělání, ale také pro osvojování jiných poznatků. Obor je pro přehlednost rozdělen do tří složek – Komunikační a slohová výchova, Jazyková výchova a Literární výchova. Jednotlivé složky se ve výuce prolínají. (RVP ZV, 2007)

Kvalitní jazykové znalosti a dovednosti jsou důležité nejen pro vzdělávací oblast jazyk a jazyková komunikace, ale také pro ostatní předměty, neboť komunikace prostupuje celým vzděláváním. Mezi výstupy za první období je také uvedeno, že by žák měl být schopen přirozeně vyslovovat, případně svou nesprávnou výslovnost opravit. Jazykové vyučování je orientováno hlavně komunikačně, proto je důležité, aby měl žák všechny složky řeči v pořádku.

1.5 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost (NKS) je jedním z ústředních termínů vědního oboru: logopedie.

Logopedie se zabývá narušenou komunikační schopností z hlediska příčin, průběhu, frekvence výskytu, následků, možnosti diagnostikování, odstranění poruchy, prevence a prognózy, dále se zaměřuje také na rozvinutí komunikační schopnosti jako takové. (Lechta, 1990)

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některé roviny jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“ (Lechta, 2003, str. 17)

V rámci narušené komunikační schopnosti se jedná o tyto jazykové roviny: foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální a pragmatickou rovinu. Z hlediska průběhu může být narušena složka expresivní (tedy produkce řeči) i receptivní (porozumění řeči). (Lechta, 2003)

Narušená komunikační schopnost může být *vrozená* nebo *získaná* až v průběhu života jedince. Může být *hlavním* – tedy dominantním projevem nebo pouhým *symptomem* jiného dominantního postižení. Narušená komunikační schopnost může mít charakter pouze *parciální*, kdy je narušena jen některá ze složek řeči nebo úplný (totální). Vzniká na podkladě *orgánové* či *funkční příčiny*. (Lechta, 1990, Kutálková, 2006)

Lechta (1990, 2003) dělí NKS do deseti oblastí, dle symptomu, který je pro narušení nejtypičtější. Narušenou komunikační schopnost dělí na:

1. vývojovou nemluvnost
2. získanou orgánovou nemluvnost
3. získanou psychogenní nemluvnost
4. narušení zvuku řeči
5. narušenou fluenci (plynulost) řeči
6. narušené článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči.

2 Dyslalie (patlavost)

Dyslalie patří mezi nejrozšířenější a nejčastěji se vyskytující formou narušené komunikační schopnosti. (Peutelschmiedová, 2001, Klenková, 1998, 2006, Lechta 1990)

Název pochází od švýcarského lékaře Schultesse, který dyslalii terminologicky definoval již v roce 1830 a odlišil ji od koktavosti. Termín patlavost zavedl do české odborné literatury Janke v roce 1900. (Lechta, 1990, Balašová, 2003)

Logopedický slovník (2001) uvádí, že v anglické literatuře někdy bývají poruchy artikulace označovány akronymem S.O.D.A.. Tento akronym vznikl ze slov: *Substitution* (u nás paralalie), *Omission* (u nás mogilalie), *Distortion* (hláska je tvořena akusticky na odlišném místě), *Addition* (u nás polylalie, dítě hlásku přidává).

2.1 Definice

Dle Lechty (1990, str. 112) lze dyslalii definovat jako *„neschopnost používat jednotlivé hlásky alebo skupiny hlások v komunikačnom procese podľa príslušných jazykových noriem.“*

Velmi podobnou definici přináší i Klenková (1998, str. 9): *„Dyslalie (neboli patlavost) je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.“*

Nádvorníková (in Lechta, 2003, s. 170) uvádí, že *„dyslalie v nejširším slova smyslu spočívá v neschopnosti nebo poruše užívání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka.“*

Výše jmenované definice jsou v souladu i se starší definicí Sováka (1978, str. 122), který nazývá dyslalii jako *„vadnou výslovnost jedné či více hlásek mateřského jazyka (...), přičemž ostatní hlásky jsou vyslovovány správně.“*

2.2 Klasifikace dyslalie

2.2.1 Klasifikace z vývojového hlediska

Klenková (1998, 2006) ve shodě s Lechtou (1990) upozorňuje na nezbytnost diferenciací mezi patologickou výslovností jednotlivých hlásek a tzv. vývojově nesprávnou výslovností. Neboť vývojově nesprávná výslovnost je jevem přirozeným a fyziologickým.

Nesprávná výslovnost především artikulačně náročnějších hlásek je kolem 3. roku považována za **fyziologickou dyslalii**, jež je běžným vývojovým jevem v důsledku teprve dozrávající centrální nervové soustavy dítěte. (Salomonová, in Škodová, 2003, Klenková, 2006, Peutelschmiedová, 2001, Lechta, 1990) Je tedy naprosto v pořádku,

když dítě ve třech letech svého věku užívá místo hlásky „r“ hlásku „l“ a vyslovuje „luka“ namísto slova „ruka“.

Stejný názor zastává i Krahulcová, jež uvádí, že nesprávnou výslovnost především mladších dětí, „*která se projevuje neustáleným mechanismem tvoření hlásek nebo nepřesností jejich diferenciací, například ve skupině sykavek, nepřesnou diferenciací dlouhých a krátkých samohlásek, tvrdých a měkkých hlásek nebo například nedostatečným rozlišováním znělosti, lze pokládat za jev fyziologický.*“ (Krahulcová, 2007, str. 30 – 31)

Během ontogenetického vývoje dítěte se výslovnost postupně zdokonaluje souběžně s dozráváním struktur centrální nervové soustavy. Čím je dítě starší, tím by se mělo dopouštět méně chyb v artikulaci jednotlivých hlásek. Nedošlo-li ovšem vyvráždění organismu a především CNS ke spontánní úpravě výslovnosti, hovoříme po 5. roce věku dítěte o tzv. **prodloužené fyziologické dyslalii**. (Salomonová, in Škodová, 2003, Klenková, 2006, Peutelschmiedová, 2001)

„Pri nesprávnej výslovnosti v období medzi 5. - 7. rokom môže (zvyčajne v ľahších prípadoch) ešte dôjsť k autokorekcii – hovoríme preto o predĺženej fyziologickej dyslalii. Po tomto veku býva odchýlka vo výslovnosti už taká zafixovaná, že nemôžeme očakávať spontánne zlepšenie; vtedy hovoríme o (pravej) dyslalii.“ (Lechta, 1990, str. 116)

Tab. č. 1 Vývoj artikulace z hlediska věku (Jurnečková, Vysoudilová, FN Ostrava 1970, in Krahulcová, 2007, str. 41)

Věk	Vývoj artikulace
1 - 2,5 roku	b, p, m, a, o, u, i, e j, d, t, n, l a artikulační postavení se upravuje po třetím roce věku dítěte a ovlivní vývoj hlásky r
2,6 – 3,5 roku	au, ou, v, f, h, ch, k, g
3,6 – 4,5 roku	bě, pě, mě, vě, d', t', ň
4,6 – 5,5 roku	č, š, ž
5,6 – 6,5 roku	c, s, z, r
6,6 – 7 let	ř a diferenciací č, š, ž a c, s, z

2.2.2 Klasifikace podle příčin

Z hlediska příčin se dělí dyslalie na funkční (funkcionální) nebo orgánovou (organickou).

*„Funkční dyslalie vzniká u dětí s nedostatečnou **vjemovou (senzorickou) nebo motorickou** schopností. Při diagnostice nacházíme genetické dispozice, nesprávný mluvní vzor a jen minimální orgánové poškození během těhotenství a porodu.“* (Salomonová, in Škodová, 2003, str. 330)

Orgánová dyslalie může být podmíněna různými faktory ve sféře dostředivé (impresivní dyslalia), odstředivé (expresivní dyslalia) nebo centrální (centrální dyslalie). (Lechta, 1990, Krahulcová, 2007)

Podle lokalizace konkrétní příčiny může být orgánová dyslalie rozdělena do několika oblastí. Tyto oblasti se liší dle autorů. Nejpodrobnější přehled nabízí Krahulcová (2007, str. 41 - 42), jež dělí dyslalii podle lokalizace na: *„audiogenní (akustickou), optogenní, centrální, labiální, dentální, addentální, interdentální, lingvální, palatální, velární, uvuární, laterální, nasální, stridens, laryngální, faryngální a další.“*

Salomonová (in Škodová, 2003), která vychází z Dvořáka (1999) a Lechty (1990) dělí dyslalii na akustickou, centrální, dentální, labiální, palatální a lingvální.

Lechta (2009) uvádí dyslalii audiogenní, labiální, dentální, palatální, lingvální a nazální.

2.2.3 Klasifikace podle kontextu

Dle kontextu můžeme dyslalii rozdělit na dyslalii **hláskovou** nebo **kontextovou**. V případě hláskové dyslalie se jedná o vadnou výslovnost jednotlivých izolovaných hlásek. Dítě tedy neumí vytvořit zvuk na úrovni hlásky. **Kontextuální** dyslalii dále dělíme na **slabikovou** a **slovní**. U kontextuální dyslalie jsou jednotlivé izolované hlásky tvořeny správně, chybná výslovnost se objevuje až ve spojení do slabik či slovních celků. (Krahulcová, 2007, Klenková, 2006)

U **slabikové** dyslalie nedělá dítěti větší problém vytvořit hlásku izolovaně, ale neumí ji vytvořit na úrovni slabiky. Např. dítě umí syčet, ale už nedokáže spojit hlásku s jednotlivými vokály: *sa, se, si, so, su*. U **slovní** dyslalie neumí dítě vytvořit hlásku na úrovni celého slova, ovšem slabiky tvoří bez větších problémů. Umí například říci *sa, se, si, so, su*, ale tyto slabiky správně nezapojí do slova, např. *seno, laso, síla*.

Lechta (1990, in Klenková, 1998, str. 17) u kontextové dyslalie uvádí nejrozličnější symptomy, např.: „*elize* (vypouštění, vynechávání hlásek), *metateze* (přesmykování hlásek), *kontaminace* (směšování hlásek), *anaptixe* (vkládání hlásek), *asimilace* (připodobňování, přizpůsobování hlásek).“

Vyštejn (1991) doplňuje toto dělení ještě o jeden typ dyslalie o tzv. **specifickou asimilaci**. Uvádí, že se jedná o zvláštní druh patlavosti. V tomto případě jsou totiž jednotlivé hlásky tvořeny správně jak v izolované podobě, tak v podobě slabikové či slovní. Dítě tedy vyslovuje hlásky správně i na úrovni slov, ale určité potíže se objeví při vyslovování slov složitějších. Tedy tam, kde se například v jednom slově vyskytuje tvrdá i měkká varianta hlásky nebo ostré i tupé sykavky, zde dochází k jejich připodobnění. Např. dítě vysloví slovo „hodiny“ jako „hodini“ nebo „hodyny“ a u sykavek bývá řada „s“ a „z“ připodobněna k „š“ a „ž“ nebo naopak. Slovo „sušenky“ může být pak vysloveno jako „šušenky“ nebo „sušenky“. (Vyštejn, 1991)

2.2.4 Klasifikace dle rozsahu

Podíváme-li se na dělení dyslalie z hlediska rozsahu, můžeme se setkat hned s několika termíny. Salomonová (in Škodová, 2003) třídí dyslalii podle stupně do dvou oblastí: na *dyslalii levis*, u které se jedná pouze o malý počet špatně vyslovovaných hlásek a na *dyslalii multiplex*, kde je počet špatně vyslovovaných hlásek větší než v prvním případě, ale přesto je řeč dobře srozumitelná.

U Lechty (1990) se můžeme setkat s mnohem podrobnějším dělením. Tento autor dělí dyslalii do tří oblastí na dyslalii *universalis*, *multiplex*, *parciální*. Lechta (1990) uvádí, že nejtěžším případem je dyslalie **univerzalis**, kdy je postižena výslovnost většiny hlásek a z tohoto důvodu je řeč téměř nesrozumitelná. Dále autor

poznává, že v případě dyslalie univerzalis je většina chybně vyslovovaných hlásek nahrazována hláskou „T“, a proto se někdy hovoří o tzv. *tetizmu*, starším termínem *hotentotizmu*.

Při dyslalie **multiplex** je rozsah chybně vyslovovaných hlásek ve srovnání s dyslalií univerzalis významně menší a řeč je lépe srozumitelná. (Lechta, 1990)

Parciální dyslalie se týká pouze jedné hlásky nebo několika málo hlásek. Podle Kovácsovej (in Lechta, 1990) můžeme parciální dyslalii dále rozdělit na dyslalii monoformní nebo polymorfní. U **monoformní** dyslalie spadají vadně vyslovované hlásky z hlediska místa tvoření pouze do jedné artikulační oblasti, naopak u **polymorfní** dyslalie do více artikulačních oblastí.

2.3 Výskyt dyslalie

Výskyt dyslalie v populaci je opravdu velmi značný a dokládají to i mnohé výzkumy. „*V roce 1951 – 1952 uvádí Seeman u dětí obecné školy 24,4 % dyslalií. V roce 1973 uvádí Sovák na základě šetření Olchavové u dětí 1. stupně základní školy 42,8 % dyslalií. V roce 1989 uvádí Janotová a kol (1991) u dětí pražských škol 38 % dyslalií. V roce 1999 uvádí Půstová u dětí 1. tříd 36 % dyslalií.*“ (Salamonová, in Škodová, 2003, str. 328)

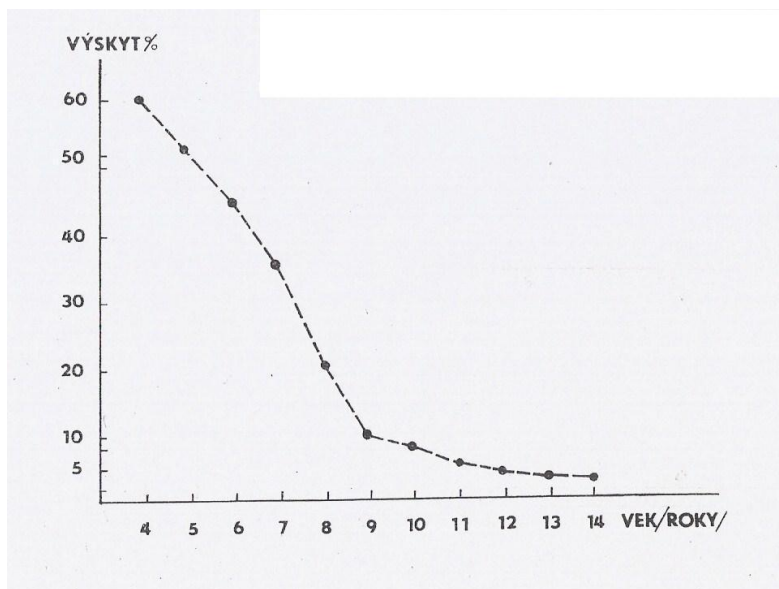
Z výše jmenovaných výzkumů vyplývá, že dyslalie je u dětí velmi častou narušenou komunikační schopností. Výskyt dyslalie je možné zkoumat z více hledisek: např. z hlediska věku, pohlaví a inteligence.

Při zkoumání *věkového aspektu* si můžeme povšimnout, že výskyt dyslalie není konstantní, ale s narůstajícím věkem počet dyslalií klesá. Nejčastější je výskyt ve věku předškolním, mezi 5. – 9. rokem můžeme pozorovat výrazný pokles. Mírné navýšení výskytu dyslalie se opět objevuje až v postproduktivním věku. (Lechta, 1990, Krahulcová, 2007)

Krahulcová (2007, str. 34) udává, že podle „*více autorů je ve věku kolem 4. roku průměrný výskyt dyslalie 60 %, u školních začátečníků kolem 40 %, do devátého roku*

pokračuje pokles výskytu dyslalie na průměrně 10 % a mírný pokles na 8 % pak setrvává ve věku produktivním.“

Graf č. 1 Frekvence výskytu dyslalie v závislosti na věku (Lechta, 1990, str. 113)



Z hlediska *pohlaví* se dyslalie častěji vyskytuje u chlapců, a to v poměru 6:4. (Lechata, 1990, Krahulcová, 2007, Klenková 2006)

Výskyt dyslalie v závislosti na *inteligenci* ukazuje mnohé zajímavosti. Nelze s jistotou říci, že čím je nižší IQ, tím se zvyšuje výskyt dyslalie. Jsou známy případy, kdy se vyskytuje dyslalie u dětí s nadprůměrným IQ (zpravidla většinou rotacismus a rotacismus bohemicus). Naopak u dětí s podprůměrným IQ nelze nepředpokládat velmi dobrou a přesnou výslovnost. (Lechta, 1990, Salomonová, in Škodová, 2003)

Dyslálie se vyskytuje samostatně, ale také ve spojení s dalšími NKS (např. s narušeným vývojem řeči, poruchami tempa a plynulosti, poruchami rezonance a dalšími NKS).

2.4 Symptomatologie

Různorodost symptomů je determinována možnostmi kombinace různých typů dyslalie, jejich pestrým pozadím a genezí atd. Základní symptomatologický přístup spočívá v rozlišování na *mogilalii*, *paralalie* a *dyslalie* v užším smyslu (tzv. *ismus*). (Lechta, 1990)

Pokud dítě určitou hlásku ve slově vynechává nebo ji nahrazuje neurčitým zvukem, jedná se o tzv. **mogilalii**. Např. místo slova „tráva“ dítě vysloví „táva“ nebo „zima“ pouze „ima“. V případě, že je artikulačně obtížná hláska nahrazována jinou hláskou, která je pro dítě méně náročná, jedná se o tzv. **paralalii**. Např. místo „řízek“ dítě vysloví „řížek“, místo „tráva“ „tláva“. Pokud je hláska tvořena chybně (jiným způsobem nebo na jiném místě) jedná se o vadnou výslovnost, která je označována příponou –ismus. Např. je-li špatně vyslovována hláska „K“ jedná se o *kappacismus*, „L“ *lambdacismus*, „R“ *rotacismus* atd. (Lechta, 1990, Klenková, 2006)

V případě kontextové dyslalie lze též rozlišit nejrozličnější symptomy: např. *elizi* (vypouštění), *metatezi* (přesmykování), *kontaminaci* (směšování), *anaptixi* (vkládání) a *asimilaci* (připodobňování, přizpůsobování), eventuálně další jiné změny hláskové struktury slov. (Lechta, 1990)

Dále můžeme dyslalii dělit na *nekonstantní* a *nekonsekventní*. Pokud hláska není vždy tvořena nefyziologicky, není vždy tvořena odchylně od spisovné normy a v některých spojení dochází k její správné realizaci, hovoříme o **nekonstantní** dyslalii. **Nekonsekventní** dyslalie je charakteristická tím, že hláska je tvořena chybně, ale vždy jiným způsobem. Vadný způsob tvoření hlásky se tedy mění. (Klenková, 1998, 2006)

2.5 Etiologie

Příčiny vzniku dyslalie mohou být různé. Krahulcová (2003) je dělí na *exogenní* a *endogenní*, které mohou být v různém vzájemném stupni, poměru a závislosti.

Důležitými faktory jsou dědičnost, vliv prostředí, narušené sluchové a zrakové vnímání, poškození dostředivých a odstředivých drah, poškození centrální části a patologie mluvních orgánů. (Lechta, 1990, Klenková, 2006, Salamonová, in Škodová, 2003, Krahulcová, 2007)

Za důležitý etiologický faktor je považována **dědičnost**, názory na její vliv se ovšem značně různí – od jednoznačného uznávání těchto vlivů, až po jejich jednoznačné popírání. Je však prokázán výskyt dyslalie u některých členů rodiny, především pak u otce. Jedná se ovšem o tzv. nespecifickou dědičnost, kdy dítě nezdědí určitý typ dyslalie např. konkrétní rotacismus, ale pouze jisté dispozice – jako např. artikulační neobratnost, vrozenou řečovou slabost, případně sníženou schopnost fonematické diferenciace. (Lechta 1990)

Mezi další neméně významné příčiny patří **negativní vlivy prostředí**. Mezi ně můžeme například zařadit nesprávný mluvní vzor, nedostatek stimulace ke komunikaci, fixaci vadných nebo nesprávných mluvních stereotypů nebo naopak neurotizaci a přílišné upozorňování dítěte na nesprávnou nebo vadnou výslovnost. Mezi časté negativní vlivy prostředí také patří příliš dlouhé užívání dudlíku nebo dumlání prstů. (Krahulcová, 2007)

Narušené zrakové a sluchové vnímání patří též mezi příčiny dyslalie. Jedná se především o percepční poruchu sluchu, kdy dítě špatně slyší vysoké tóny a nerozlišuje tak správně sykavky. Tato porucha sluchu se významně podílí na sigmatismu. Nedostatky tzv. fonematického sluchu mohou být také příčinou dyslalie, dále např. dysmúzie a amúzie. Ne menší podíl mají také poruchy zrakového analyzátoru. Zrak je důležitý především v raném věku, kdy děti vnímají artikulační pohyby mluvních orgánů. (Klenková, 2006, Lechta, 1990) Balašová uvádí, že „ze statistického sledování /Bubeníková, 1969, Jesenský 1960/ bylo zjištěno, že přetrvává u dětí s vadami zraku vadná výslovnost sykavek a /d/, /t/, /n/, /l/. Dítě je artikuluje mezizubně.“ (Balašová, 2003, str. 39)

Poškození dostředivých a odstředivých drah ovlivňuje řečovou produkci a percepci. Salomonová (in Škodová, 2003) ve shodě s Lechtou (1990) upozorňují, že motorický vývoj dítěte úzce souvisí s výslovností, neboť většina hlásek vyžaduje opravdu přesnou koordinaci pohybu mluvních orgánů.

Poškození centrální části mohou způsobit závažná postižení s různými symptomy, jedním z nich může být také dyslalie. (Klenková, 2006)

Patologie mluvních orgánů mohou též způsobit vadnou výslovnost. Lechta upozorňuje, že někdy nepatrná odchylka může způsobit dyslálii, jindy je i při těžkém postižení stále přijatelná. (Lechta, 2009) Mezi patologií mluvních orgánů můžeme zařadit celou řadu známých případů, např.: odchylky v pohyblivosti rtů a jejich schopnosti tvořit uzávěr, skus zubů, pohyblivost dolní čelisti, tvar, poloha a velikost jazyka, tvrdé a měkké patro, rezonance dutin aj. (Krahulcová, 2007)

2.6 Diagnostika dyslalie

Diagnostikou rozumíme určitý proces, jehož cílem je zjištění příčin, druhu a rozsahu poruchy či vady. Výsledkem tohoto poznávání je diagnóza a návrh prognózy. Ze závěrů diagnostiky vyplývá plán metodických nápravných postupů. (Salomonová, in Škodová, 2003)

Klenková (2006) i Salomonová (in Škodová, 2003) shodně uvádí, že při diagnostice narušené komunikační schopnosti je důležité sledovat nejen řeč, ale také další faktory, mezi které například patří vyšetření sluchové percepce, laterality a celkové motoriky. Salomonová (in Škodová, 2003) vhodně doplňuje, že je žádoucí zaměřit se též na chrup – především na skus, dále na způsoby dýchání, mimiku a pohyb rtů a jazyka.

Základem diagnostiky je rozhovor. Během kterého si logoped může utvořit určitou představu o stavu řeči dítěte. Ze spontánního rozhovoru se přechází k rozhovoru řízenému či k vyšetření za pomoci speciálních obrázkových testů. Tyto testy jsou koncipovány tak, že sledovaná hláska je vždy v různých pozicích – vyskytuje se nejen na začátku slova, ale také uprostřed či na konci, dále pak v koartikulaci s konsonanty i vokály. (Klenková, 2006)

Kromě rozhovoru se během vyšetření mohou použít i různé přístroje – například fonograf či spektrogram, či různé indikátory (např. S – indikátor, N – indikátor) a počítačové metody. (Klenková, 2006)

Názory na to, jaké by mělo být pořadí vyšetřovaných hlásek, se různí. Jedni zastávají názor, že je možné zří zjišťování vadné výslovnosti postupovat dle místa tvoření jednotlivých hlásek. Nejdříve se tedy vyšetřují hlásky bilabiální, labiodentální, alveolární, dále pak palatální, velární a laryngální. Jiní doporučují vyšetřit nejdříve exploziv, dále pak třené hlásky a sykavky a hlásky L, R, Ř, nakonec Ď, Ť, Ň a shluky LV, BL, PS, STL, STR apod. (Klenková, 2006, Nádvorníková in Lechta, 2003)

Po shromáždění potřebných diagnostických údajů může logoped přistoupit k jejich analýze a vyvozování závěrů. Zjišťované nedostatky zaznamenává během vyšetřování nebo následně po něm do záznamových archů. Na úplný závěr je dle interpretace záznamů stanovena diagnóza, prognóza a návrh terapie. (Salamonová, in Škodová, 2003, Lechta, 2003)

V rámci logopedické diagnostiky by se měl logoped zaměřit také na diagnostiku diferenciální a odlišit tak dyslalii od jiných postižení, např. odlišit vady výslovnosti při poruchách sluchu nebo u osob z cizojazyčného prostředí atd. (Klenková, 2006)

Logopedická diagnostika má několik dílčích cílů. Shrňme-li je, tak lze říci, že logoped během diagnostiky musí zjistit, zda daná hláska je chybně vyslovovaná na začátku, uprostřed či na konci, zda jde o dyslalii hláskovou, slabikovou či slovní, monomorfní či polymorfní, o dyslalii bilabiální, labiodentální, alveolární, palatální, velární, laryngální či nazální. V neposlední řadě je také důležité zaměřit se na příčinu dyslalie a též na motoriku mluvních orgánů a kvalitu fonemického sluchu. (Lechta, 1990, in Klenková, 2006)

2.7 Terapie dyslalie

Na základě stanovené diagnózy je vypracován terapeutický plán, podle kterého se postupuje při vyvozování a korekci hlásek. Základním cílem terapie je odstranit, eliminovat či alespoň zmírnit projevy NKS. Terapie může být uskutečňována formou individuální, ale také skupinovou.

Průběh terapie dyslalie je dělen do čtyř navazujících a vzájemně se prolínajících etap. Prvním stadiem jsou přípravná cvičení, na která navazuje vyvozování hlásky, její fixace a v neposlední řadě také automatizace. (Kováčkové, In Lechta, 2005)

Přípravná cvičení obsahují cvičení fonační, dechová a orontomotorická. Lechta (2005) upozorňuje na to, že právě těmto cvičením bychom měli věnovat mimořádnou pozornost a volit konkrétní průpravné cvičení s ohledem na to, kterou hlásku budeme navozovat.

Druhou etapou je **vyvozování hlásky**, jenž může probíhat rozličnými způsoby. Zjednodušeně bychom mohli říci, že lze hlásku vyvozovat pomocí metody přímé či nepřímé. U metody *nepřímé* se využívá nejrůznějších přirozených přírodních či technických zvuků. U metody *přímé* naopak vyvozujeme přímo konkrétní hlásku a to za pomoci mechanických pomůcek či bez nich. (Klenková, 2006) U přímé metody vyvození hlásky se využívá především imitace (nápodoby). Kdy dítě opakuje to, co dělá logoped a zároveň se kontroluje v zrcadle. V rámci metody přímé si také můžeme pomoci mechanickými pomůckami, mezi které například patří vibrátor či logopedická sonda atd.

V momentě, kdy je dítě s dyslalií schopné hlásku správně vyslovit, je důležité tuto správnou výslovnost **zafixovat**. K její fixaci dochází především častým opakováním, díky kterému se upevňuje artikulační stereotyp dané hlásky. Hláška se fixuje nejdříve ve slabikách, poté v celých slovech v koartikulaci s jinými hláskami v pozici na začátku, uprostřed i na konci. (Klenková, 2006)

Poslední vrcholnou fází je **automatizace**, jejímž výsledkem je správná výslovnost ve spontánní řeči bez vědomé kontroly. V procesu automatizace se postupuje nejdříve tak, že se daná hláška nacvičuje pomocí opakování různých slov, pojmenováváním obrázků či předmětů, reprodukováním říkanek a u školních dětí i čtením. (Klenková, 2006) Tato fáze je velmi náročná, neboť nikdy není předem dáno, že zvládnutí správné výslovnosti hlásky zaručí i její spontánní užívání. (Lechta, 2005)

Kromě výše jmenovaných etap se v procesu terapie dodržují také určité zásady, jejichž důležitost připomíná Salamonová (in Škodová, 2003). Tyto zásady vypracoval Seeman v roce 1955 a jsou dosud platné a logopedy respektované.

Mezi tyto zásady patří zásada krátkodobého cvičení, využití sluchové kontroly, používání pomocných hlásek a zásada minimální akce.

Dodržování první **zásady krátkodobého cvičení** je důležité především pro vyloučení možnosti únavy dítěte. Mělo by se také předcházet tomu, aby dítě získalo k procvičování odpor a přistupovalo k němu negativně. Dobu procvičování je důležité vždy volit individuálně s ohledem na dítě. Klenková (2006, str. 110) uvádí, že „*Seeman doporučoval cvičit 2 - 3 minuty 20 x – 30 x denně.*“ Salomonová (in Škodová, 2003) uvádí velmi podobně, a to že bychom měli procvičovat maximálně po době 3 – 4 minut a to za využití nejrozličnějších pomůcek a opakovat jednotlivá cvičení v různých intervalech.

Následuje **zásada využití sluchové kontroly**, jež klade důraz na sluchové vnímání nově vytvářené hlásky. Je důležité tříbit fonemický sluch, aby dítě vždy mělo zpětnou vazbu toho, co samo vyslovuje nebo aby dokázalo přesně rozlišit jednotlivé hlásky v řeči. (Lechta, 2005)

Další zásadou je **zásada používání pomocných hlásek**, která je podstatou substituční metody. Základ této zásady spočívá v tom, že se využívají pomocné hlásky takové, která je nacvičované hlásce zvukově vzdálená, zároveň ovšem fyziologicky blízká a artikulačně podobná. Například k vyvozování hlásky „r“ se běžně užívá substituční pomocné hlásky „d“. (Klenková, 2006)

Poslední čtvrtou zásadou je **zásada minimální akce**. Zde je kladen důraz na to, aby cvičení bylo prováděno bez přehnaného úsilí a napětí artikulačních orgánů. Děti by měly hlásky tvořit tiše. (Klenková, 2006, Salomonová, in Škodová, 2003)

Toto samozřejmě nejsou jediné zásady, které by se měly během terapie uplatňovat. Je jich celá řada. Můžeme například zmínit didaktické zásady *názornosti, aktivity, přístupnosti, soustavnosti, trvalosti a individuálního přístupu*. (Kiml, 1978, in Lechta, 2005) Další zásady uvádí například Kutálková (2006), která zmiňuje tyto zásady: od snadnějšího ke složitějšímu, špatně vyslovovaná hláska se neopravuje, vždy vyvozujeme jen jednu hlásku, posilujeme sebedůvěru klienta atd.

Metod pro vyvození hlásek je též několik. Novou hlásku můžeme vyvozovat pomocí zvukomalebných slov – onomatopoií, pomocí pomocných hlásek či mechanickou cestou za pomoci nejrozličnějších mechanických pomůcek, případně také izolací z globálních slovních zvukových struktur.

Metoda vyvozování z onomatopoií a metoda vyvozování nové hlásky díky hlásce pomocné je popsána výše. Mechanické metody vyvozování nové hlásky se užívá

především při motorické neobratnosti. Zde totiž mechanické pomůcky napomáhají správnému polohování či rozvibrování mluvidel. Využívá se špátli, sond, vibrátorů či nejrozumnějších cizích předmětů atd. (Krahulcová, 2007)

Metoda vyvozování z globálních mluvních celků se užívá v případě, že dítě hlásku umí jen v určitém spojení. Někde ji tedy vysloví správně, jinde naopak. Logoped s dítětem tuto hlásku identifikuje, izoluje a následně fixuje i v jiných artikulačních spojeních. (Krahulcová, 2007)

3 Dyslalie a její možné dopady na život

K dyslalii bývá mnohdy přistupováno s určitým despektem, je považována za narušenou komunikační schopnost pouze menšího charakteru. Mnozí rodiče mají sklon tuto narušenou komunikační schopnost podceňovat a domnívají se, že řeč jejich dítěte se spontánně upraví. Neuvědomují si ovšem, že jejich dítě, které si momentálně svoji vadu neuvědomuje, případně mu z počátku nevadí, ji může ve školním věku či dospělosti prožívat zcela jinak a také že dyslalie může výrazně ovlivnit život jejich dítěte.

Lechta (1990) vhodně upozorňuje na fakt, že existuje určitá tendence tuto narušenou komunikační schopnost vnímat jako bezvýznamnou odchylku. Apeluje na to, že není vhodné tuto narušenou komunikační schopnost podceňovat.

Na to, že není vhodné dyslalie podceňovat, upozorňuje též Sovák (1991, str. 50) *„Řečová vada, jako je patlavost, nejenže snižuje úroveň mluvního projevu, ale také se může nepříznivě pomítnout do psychiky člověka a do jeho sociálního začlenění. Patlavost proto nemůžeme vždy považovat pouze za drobný, zanedbatelný estetický nedostatek, týkající se pouze mluvního projevu, je třeba počítat i s její možnou psychickou a sociální dimenzí.“*

Je tedy nesmírně důležité dyslalii nepodceňovat a uvědomit si, že dyslalie může být zdrojem mnoha nepříjemných situací: ve škole se dítě s dyslalií může stát obětí šikany, dyslalie zdrojem posměchu, může ovlivnit sociální interakci, omezovat dítě v kontaktu s ostatními, odrazit se na jeho sebepožívání a sebehodnocení, dále také

komplikovat výuku čtení a psaní, stát se významnou psychickou zátěží, zdrojem školní neúspěšnosti apod.

Přestože se nám tedy může zdát, že dyslalie, jak bylo uvedeno výše, je narušenou komunikační schopností lehčího charakteru, tak není radno ji podceňovat, neboť může mít výrazné dopady na život jedince.

3.1 Dyslalie a škola

Vstup do školy a s ním spojené zahájení povinné školní docházky znamená velmi důležitou změnu v životě každého dítěte. Dítě totiž přijímá novou sociální roli a stává se školákem. To s sebou nese mnohé změny a velké nároky na dítě. Je důležité se pokusit zajistit, aby byl přechod z mateřské školy do školy základní co nejjednodušší. Než tedy dítě nastoupí do školy, prověřuje se, zda je na školu připravené a dostatečně vyzrálé. Těmto termínům se budu věnovat později v samostatné kapitole: 4 Vymezení školní zralosti a připravenosti.

3.1.1 Dyslalie a výuka psaní a čtení

Jednou ze složek školní zralosti jsou i komunikační schopnosti dítěte a s nimi spojená artikulace. Rádlová (2004, str. 33) upozorňuje na to, že *„dítě, které vstupuje do 1. ročníku, by mělo správně artikulovat všechny hlásky, protože tato dovednost bude nezbytná pro dosažení úspěchu při nácviku čtení a psaní.“*

Podobně tak Salamanová (in Škodová, 2003), která také upozorňuje na fakt, že správná výslovnost jednotlivých hlásek je jedním z předpokladů školní úspěšnosti.

V případě dyslalie si musíme ovšem povšimnout určité nejednotnosti v názorech na to, zda by dítě mělo vstupovat do školy již se správnou výslovností. Jsou autoři, kteří zastávají názor, že během 1. ročníku se v důsledku výuky čtení a psaní může nesprávná

artiklace dítěte spontánně upravit. Tento názor například zastává i Vyštejn (1991), který uvádí, že artiklace může v některých případech spontánně upravit například u paralálií, řidčeji u mogilálií a pouze vzácně u deformované výslovnosti. V zápětí ovšem dodává, že se výukou čtení a psaní může deformovaná výslovnost naopak fixovat.

Existují zde tedy dva rozporuplné názory. Na jedné straně dítě může jít do 1. třídy s vadnou artikulací a lze se domnívat, že je možné, že se vadná artiklace hlásek výukou čtení a psaní spontánně upraví, na straně druhé nesmíme zanedbávat fakt, že dyslalie se nemusí spontánně upravit, naopak se může fixovat a může mít nepříznivý dopad na školní práci.

Balašová (2003) uvádí, že žák s nesprávnou artikulací dělá v psaní a čtení tytéž chyby jako při vyslovování, například tedy zaměňuje „ř“ za „ž“ nebo „r“ za „l“ apod.

Krahulcová (2007, str. 18) poznamenává, že *„vztah řeči mluvené a psané je u dítěte odvozen od schopnosti převádět slyšené a mluvené slovo do psané podoby. (...) Protože psát i číst se dítě učí na základech mluvené řeči, mnohé děti s dyslalií pak píší tak, jak vyslovují (plší – prší), a ve čtenářském projevu mají problém s identifikací písmem, jejichž výslovnost neovládají či v mluveném projevu vynechávají.“*

O neblahém dopadu dyslalie na výuku čtení a psaní se dočteme i ve starší odborné literatuře. Sovák (1978) oproti Krahulcové (2007) a Balašové (2003) upozorňuje na fakt, že ne všechny dyslalie musí nutně způsobovat problémy ve výuce čtení a psaní. Největší potíže způsobuje tzv. paralalie, kdy dítě nahrazuje hlásku, kterou neumí vyslovit, hláskou jinou.

S jeho názorem se ztotožňuje i Vyštejn (1991), který rovněž upozorňuje na to, že největší potíže ve psaní a čtení mají děti s paralalickou formou dyslalie.

Vyštejn (1991) upozorňuje ještě na jednu důležitou věc, na kterou bychom neměli zapomenout. K určité komplikovanosti výuky dochází také v případě, kdy žák první třídy dochází k logopedovi a během terapie je vadně vyslovovaná hláska vyvozována substituční metodou. *„Ve škole musí dítě používat tu hlásku, které odpovídá příslušný grafický znak (písmeno), kdežto substituční metoda výuky výslovnosti používá hlásky pomocné. (Při nácviku hlásky r je tedy dítě vedeno k tomu, aby vadné r nahrazovalo ve slovech hláskou d.)“* Může tedy vzniknout problém, že dítě pomocnou hlásku požívá i ve škole.

Vyjdeme-li z výše uvedených názorů, je zjevné, že dyslalie může způsobovat nemalé problémy při výuce čtení a psaní. Hned na počátku školní docházky může dítě zažít neúspěch, který se logicky promítá i do dalších vyučovacích předmětů a do školní práce vůbec.

Vyštejn (1991, str. 51) upozorňuje na to, že „*při současné náročnosti školy a při zvýšené psychické zátěži může tato situace vyústit až do stresu. Je proto žádoucí, aby děti při vstupu do školy měly výslovnost již zcela upravenou.*“

3.2 Dítě s dyslalií a učitel

Vágnerová (1997) zastává názor, že jakákoli porucha řeči modifikuje vztah učitele a žáka. Žák, který řeč příliš dobře neovládá, bývá mnohdy hůře hodnocen. Jedním z možných důvodů může být fakt, že dyslalie působí rušivě, a přestože je obsah sdělení správný, tak se příjemce zaměřuje více na formu, a proto se může stát, že mu obsah sdělení uniká.

Stejný názor sdílí i Krahulcová (2007), která rovněž uvádí, že děti s narušenou výslovností bývají mnohdy učitelem hůře hodnoceni.

„Dítě, které špatně mluví, bývá obecně považováno za méně inteligentní, než ve skutečnosti je. Porucha řečového rozvoje, zejména je-li nápadná, funguje jako sociální stigma, které dítě do značné míry handicapuje. To platí dokonce i tehdy, jestliže jde jen o poruchu formální složky řeči, která nijak neovlivňuje porozumění a jen v menší míře může rušit obsah sdělení.“ (Vágnerová, 1997, str. 121)

Nelešovská (2005) uvádí, že dítě, které si své nedostatky uvědomuje, může být svou vlastní řečí dlouhodobě a opakovaně traumatizováno. Ve škole se to může projevit tak, že se komunikaci raději úplně vyhýbá nebo se ji snaží omezit na minimum. Pro není výjimkou, že jsou jeho odpovědi pouze jednoslovné a spontánní projev téměř žádný. Což může zásadně ovlivnit představu učitele o jeho schopnostech a vědomostech.

3.3 Společenské důsledky dyslalie

Dyslalie znamená pro život dítěte určité společenské znevýhodnění, které vyplývá ze skutečnosti, že chybná artikulace je v komunikaci velmi nápadná a budí tak značnou pozornost. Nesprávná artikulace může vyvolat nežádoucí negativní reakce: např. posměch, přistupování k člověku s dyslalií s určitým despektem nebo považování takového člověka za méně inteligentního. Dyslalie se může negativně odrazit na společenském začlenění. Děti s dyslalií mohou mít problémy v komunikaci se spolužáky a se zařazením do kolektivu svých vrstevníků. V případě, že se opakovaně setkají s negativní zpětnou vazbou, která se bude týkat jejich komunikace, je možné, že se komunikaci začnou raději vyhýbat.

Vágnerová také upozorňuje, že *„Nepříjemné zkušenosti vyvolávají pocity frustrace a ponížení a mohou vést k zafixování určitých projevů chování, které mají obranný charakter, např. tendence k izolaci nebo sklon k afektivně-agresivnímu reagování.“* (Vágnerová, 2004, str. 247)

3.4 Psychologické důsledky dyslalie

Vyštejn (2001) považuje za nejzávažnější důsledky dyslalie důsledky psychologické, které mnohdy nejsou závislé ani tak na samotné formě nebo rozsahu dyslalie, jako na jejím subjektivním prožívání a přístupu okolí k jedinci s dyslalií.

Velmi tedy záleží na tom, jak jedinec svoji narušenou komunikační schopnost vnímá a jak ho přijme okolí. Není výjimkou, že narušená komunikační schopnost může vést ke sníženému sebehodnocení a sebepojetí.

3.4.1 Sebepojetí a sebehodnocení

Narušená komunikační schopnost zasahuje především do koncepce sebepojetí. Opakovaná psychická trauma ve sdělovacím procesu mohou výrazně negativně zasáhnout do pozitivní koncepce sebe sama. (Krahulcová, 2007)

Sebepojetí neboli vědomí vlastního já, představa o sobě samém, je specifickým rysem osobnosti, se kterým se nerodíme, ale který vzniká a vyvíjí se v průběhu celého našeho života na základě interakce s druhými lidmi. (Vágnerová, 2004)

Se sebepojetím úzce souvisí sebehodnocení, které vyplývá „ze srovnání představy a přání s realitou, tj. z difference mezi reálným a ideálním já.“ (Vágnerová, 2000, str. 122)

Sebehodnocení tedy závisí na určité míře spokojenosti či naopak nespokojenosti se sebou samým. Krahulcová (2007, str. 21) zdůrazňuje, že „sebehodnocení jako základ sebevědomí se stává předpokladem pro spokojený, šťastný život a duševní vyrovnanost.“

Pokud je narušená komunikační schopnost zdrojem nepříjemných zkušeností, je velmi pravděpodobné, že se tyto zkušenosti odrazí do jedincova vědomí. U jedince, který si uvědomuje své nedostatky, může dojít k prožívání úzkosti a strachu, k pocitům nejistoty, nespokojenosti, méněcennosti. (Košč, 1975)

3.4.2 Pocit méněcennosti

V důsledku narušeného sebehodnocení a nepříjemných zkušeností s okolím může snížené hodnocení přerůst až do pocitu méněcennosti

Matějček (in Koluchová, 1989, str. 43) definuje pocit méněcennosti jako „zážitek tísně, zahanbení, vzdoru i závidi, že nestačíme na situaci, do které jsme se dostali, že jiní jsou úspěšnější a o mnoho lepší a že se jim nemůžeme vyrovnat.“

Křivohlavý (2001) upozorňuje na to, že sklon k pocitu méněcennosti mají především lidé s nízkým sebehodnocením.

3.4.3 Zátěž

Nástupem do školy velmi vzrůstají požadavky na dítě. Dítě se musí vyrovnat se zcela novým prostředím a novými nároky, které jsou na něj kladeny. Mareš (2007, str. 57) uvádí, že „s nástupem do školy se spektrum zátěžových situací rozšiřuje, přibývá i jejich zdrojů: učitelé, spolužáci, rodiče, požadované činnosti, požadované tempo činnosti, kvalita činnosti atd.“

Období první třídy je pro děti velmi náročné, samotná výuka je též složitá, pokud se k ní ještě přidá terapie, může se stát, že děti budou přetíženy. Nároky na ně budou příliš velké, neboť kromě každodenní přípravy do školy, budou muset také plnit úkoly, které jim zadá logoped. Kromě povinné školní docházky navštěvují logopedickou ambulanci. Je možné, že dítě bude natolik přetíženo, že se u něj projeví neurotizace, dále může být dítě unavené a únava se pak může odrazit na pozornosti ve škole, není výjimkou ani větší nemocnost těchto dětí.

4 Vymezení školní zralosti a připravenosti

Odborná literatura shodně definuje školní zralost jako dosažení určitého stupně vývoje, který umožňuje adaptaci na školní prostředí. Termín zralost bývá spojován především se spontánním vývojem, biologickým zráním příslušných struktur a funkcí. (Říčan, 2006, Kolláriková, 2001, Průcha, 2009) Školní zralost můžeme tedy považovat za stav somato-psycho-sociálního vývoje. (Zelinková, 2007)

Pojem školní připravenost bychom mohli definovat jako „*biologické psychické a sociální předpoklady dítěte pro vstup do školy.*“ (Průcha, 2009, str. 301) Koťátková (2008) také uvádí, že se jedná o určitou způsobilost a stav rozvoje obecných a praktických vědomostí, dovedností a návyků.

Pojmy školní zralost a školní připravenost spolu úzce souvisí. Není výjimkou, že se tyto termíny zaměňují. Oba pojmy totiž určují určitý stav vývoje dítěte pro bezproblémové zahájení školní docházky. Termín školní připravenost je ovšem vnímán

jako pojem komplexnější. Vágnerová (2000) např. definuje školní zralost jako soubor kompetencí, které jsou závislé na zrání organismu a školní připravenost jako kompetence, které jsou závislé do jisté míry na prostředí a učení. Shodně s Vágnerovou uvádí i Zelinková (2007), která též uvádí, že školní zralost je závislá na zrání centrální nervové soustavy, oproti tomu je školní připravenost spíše postihuje určitou úroveň předškolní přípravy, vlivu schopností a také výchovy.

Před nástupem do 1. třídy je velmi důležité zvážit, zda je dítě na školu připravené, nastoupí-li totiž dítě do školy předčasně, může to mít neblahý dopad na jeho školní úspěšnost a celkové fungování ve škole.

Nástup dítěte do školy je jeden z hlavních mezníků života. Dítě dostává novou sociální roli a stává se školákem. Ocítá se v novém a neznámém prostředí i kolektivu, musí plnit mnoho náročných úkolů. Toto období může být pro dítě velmi náročné a stresující. Pokud je dítě školsky nezralé a pro školu nepřipravené může být vystaveno dlouhodobému stresu a přetěžování. *„Nezdary a konflikty nezralého dítěte v počátcích školní docházky mohou nepříznivě ovlivnit jeho pozdější výkony, chování a vývoj. Může dojít k narušení motivace dítěte k učení, ke snížení jeho sebehodnocení, k zeslabení lability.“* (Čáp, str. 180)

5 Školní úspěšnost a školní neúspěšnost

Školní úspěšnost je termín, jenž představuje určitou míru zvládnutí požadavků kladených školou na žáka. Jedinec, který tyto požadavky dobře zvládá, je hodnocen kladně a je školsky úspěšný. Naopak žák, který požadavky školy zvládá méně, je hodnocen hůře a je považován za školsky neúspěšného. V mnoha případech bývá pojem školní úspěšnost spojován s klasifikací. Klasifikace je vnímána jako jedno z kritérií úspěšnosti a právě známky bývají pro žáka, ale i pro jeho okolí potvrzením jeho úspěšnosti. Zároveň ale musíme mít na mysli, že hodnocení žáka nebývá vždy objektivní a mohou do něj vstupovat různé faktory. Je také důležité, jak žák sám sebe vnímá a jak se hodnotí. Někdy je žák v rámci celé třídy průměrný, ale vztáhneme-li jeho

výkon k individuální vztahové normě, je vlastně úspěšný, neboť třeba dosahuje lepších výsledků, než bychom očekávali.

V kapitole 3.1.1 *Dyslalie a výuka psaní a čtení* bylo několikrát uvedeno, že dyslalie může komplikovat výuku čtení a psaní a být zdrojem školní neúspěšnosti. Dítě se tedy dostává do situace, kdy se může hned v raných počátcích školní docházky setkat s neúspěchem a negativním ohodnocením, to se logicky promítá i do další jeho práce a motivace.

6 Výzkumné šetření

6.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem praktické části diplomové práce bylo orientační zjištění hodnot výskytu dyslalie v prvním ročníku základní školy, respondenty dotazníkového šetření byli rodiče žáků. Parciálním cílem bylo zjištění počtu žáků prvního ročníku základní školy navštěvujících logopedickou péči. Dále pak bylo také zajímavé zaměřit se na názory rodičů. Konkrétně na to, zda se domnívají, že dyslalie může ovlivnit úspěšnost jejich dětí ve škole.

Níže jsou uvedeny dílčí výzkumné cíle:

Výzkumná otázka č. 1: *První ročník základní školy navštěvuje nejméně jedna třetina dětí s dyslalií.*

Výzkumná otázka č. 2: *U dětí s dyslalií navštěvujících první ročník základní školy se ve většině případů bude jednat o dyslalii parciální, kdy bude postiženo jen několik hlásek, které budou z jednoho artikulačního okruhu.*

Výzkumná otázka č. 3: *Pouze malý počet rodičů si uvědomuje možné negativní dopady dyslalie na život jejich dětí.*

6.2 Metodika výzkumu

Pro účely praktické části diplomové práce jsem použila metod **kvantitativního výzkumu**, konkrétně byla použita technika **dotazníkového šetření**, respondenti odpovídali na jednotlivé otázky písemnou formou.

Dotazník obsahoval celkem 12 otázek, z nichž byly 4 uzavřené, 5 otázek polouzavřených a 3 otázky otevřené. Polouzavřené otázky vznikly původně z uzavřených otázek přidáním varianty „jiná odpověď“ a prostoru pro uvedení této odpovědi. U čistě uzavřených otázek totiž hrozilo nebezpečí, že ani jedna odpověď by nebyla pro respondenta vyhovující. Uzavřené otázky v dotazníku měly dichotomický charakter. V otevřených otázkách mohl respondent vyjádřit vlastními slovy.

První částí dotazníku byla průvodní část, kde se respondenti seznamují se záměrem a bližšími informacemi dotazníkového šetření. Tato varianta byla volena proto, neboť dotazník nebyl rozdáván přímo, ale zprostředkovaně přes žáky. Respondenty byli rodiče a nebylo možné se s nimi sejit osobně.

V rámci ověřování dotazníku byl proveden předvýzkum, který potvrdil, že rozsah dotazníku je vhodný a že je dotazník srozumitelně koncipován. Poukázal na nesrozumitelnost otázky č. 8 – „*S artikulací jakých hlásek má Vaše dítě problémy?*“. Přestože se otázka ptá na současný stav, mnozí rodiče vypisovali všechny hlásky, se kterými kdy dítě mělo nějaké problémy, případně sami respondenti měli nutkání tuto otázku rozdělit na dvě škály a v odpovědích se objevovalo: *mělo problémy (dříve)* a *má problémy (nyní)*, proto byla otázka upravena a rozdělena na výše zmiňované podotázky.

6.3 Respondenti a charakteristika míst výzkumného šetření

Pro uskutečnění výzkumného šetření bylo osloveno pět pražských základních škol. Nejdříve bylo třeba se domluvit s ředitelem/ředitelkou školy, zda umožní provést výzkumné šetření na jejich škole. Následně byly osloveny učitelky žáků prvních ročníků a byly jim předány bližší informace týkající se výzkumného šetření.

V některých třídách mi bylo umožněno, abych předala dotazníky žákům sama, v jiných třídách je rozdaly třídní učitelky.

Dotazník je připravený pro rodiče žáků. Žáci jej tedy přinesli domů k vyplnění a po týdnu jej měli přinést zpět do školy. Přestože bylo žákům mnou nebo třídní učitelkou vysvětleno, čeho se dotazníky týkají, bylo žádoucí k dotazníkům přiložit i určitý průvodní text pro rodiče, neboť oni byli respondenty výzkumného šetření a nebylo možné se spoléhat na to, že žáci doma předají veškeré informace. V této průvodní části rodičům vysvětluji, čeho se týká výzkumné šetření a pro jaké účely budou závěry z šetření použity. Mimo jiné zde také uvádím kontakt na sebe, na který se mohou rodiče obrátit s jakýmkoli dotazy. Této možnosti využil pouze jeden rodič, který žádal o zaslání výsledků výzkumného šetření.

Celkem bylo rozdáno **260** dotazníků, z nichž se jich zpět vrátilo pouze **181**, což představuje návratnost **69, 62 %**.

Tab. č. 2: Návratnost dotazník

Počet rozdaných dotazníků	Počet navrácených dotazníků	Návratnost %
260	181	69, 62 %

Výzkum byl prováděn v Praze na fakultních základních školách: na ZŠ Poláčkova, ZŠ Brána Jazyků, ZŠ Vodičkova, ZŠ Slovenská a ZŠ Nad Vodovodem. Žáci v těchto základních školách se vzdělávají podle rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání.

ZŠ Poláčkova je běžnou základní školou Prahy 4. Od 1. do 5. třídy se vedle běžných tříd vzdělávají i žáci v jedné speciální třídě, která je určena pro žáky s poruchami chování. Tato třída ovšem nebyla zahrnuta do výzkumného šetření. Na této škole se povinně od 1. třídy vyučuje anglický jazyk. (<http://www.zspolackova.cz/>)

ZŠ Brána Jazyků je běžnou základní školou Prahy 1. ZŠ Brána Jazyků je školou s dlouholetou tradicí výuky cizích jazyků. Žáci mají možnost se učit již od 3. třídy angličtinu, němčinu či francouzštinu. Škola podporuje výuku cizích jazyků společnými projekty s partnerskými zahraničními školami. (<http://www.brana-jazyku.cz/>)

ZŠ Vodičkova je běžnou základní školou Prahy 1. Škola se zaměřuje především na výchovné předměty, *ZŠ Vodičkova* je školou s rozšířenou výukou výtvarné výchovy. Vyučuje se zde například základům teorie umění a dějinám výtvarného umění. V rámci výtvarné výchovy si žáci mohou vyzkoušet nejrůznější výtvarné a sochařské techniky. Na druhém stupni je vždy otevírána speciální třída pro žáky se specifickými poruchami učení. (<http://www.zsvodickova.cz/wp/>)

ZŠ Slovenská je běžnou základní školou Prahy 2. Škola se mimo jiné zaměřuje na integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků cizinců. V prvních třídách je se souhlasem rodičů prováděn test rizik vzniku specifických poruch učení. Žáci, u kterých je diagnostikována specifická porucha učení, mají možnost využít individuální či skupinové reedukace specifických poruch učení pod vedením školního speciálního pedagoga, jehož pracovna sídlí přímo ve škole. Škola též nabízí speciální jazykovou přípravu pro cizojazyčné žáky. (<http://www.zs-slovenska.cz/>)

ZŠ Nad Vodovodem je běžnou základní školou Prahy 10. Škola se především zaměřuje na zdravý životní styl, od roku 2006 je škola zapojena do mezinárodního programu Eco-Schools. (<http://www.zsnadvodovodem.cz/>)

6.4 Časový harmonogram

Časový harmonogram výzkumného šetření lze rozdělit do několika na sebe navazujících fází:

1. fáze: studium literatury a tvorba dotazníků a jejich ověřování
2. fáze: navázání kontaktu se školami a distribuce dotazníků, sběr dat
3. fáze: zpracování výsledků výzkumného šetření a jejich vyhodnocení, interpretace a doporučení pro praxi

Tab. č. 3: Časový harmonogram (vlastní)

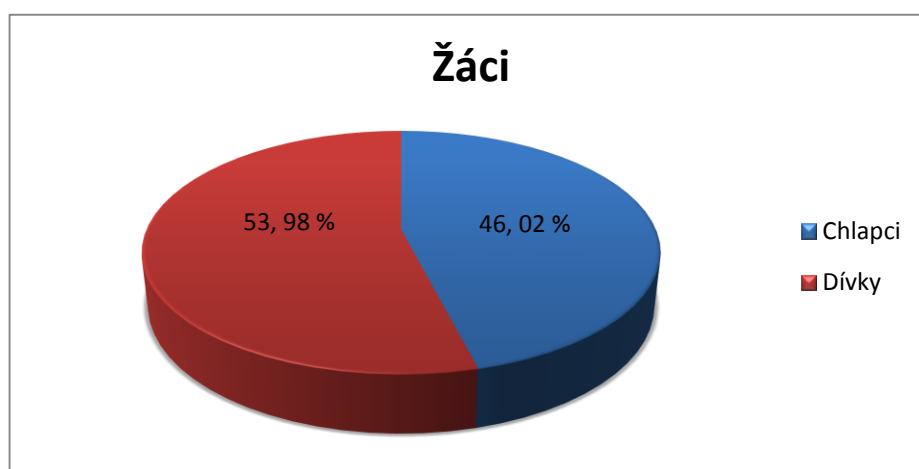
Tvorba teoretické části DP	říjen – březen
Příprava a zpracování dotazníků	prosinec
Předvýzkum a úprava dotazníku	prosinec
Distribuce dotazníků	leden – únor
Analýza výsledků a jejich interpretace	březen - duben

6.5 Zpracování dat

V níže uvedených tabulkách a grafech jsou zpracovány a následně interpretovány údaje získané z dotazníkového šetření, které bylo prováděno na pěti pražských fakultních základních školách. Z celkového počtu **181** vrácených dotazníků, jich pro tuto část bylo použito pouze **176**, neboť **5** dotazníků bylo pro svoji neúplnost vyřazeno.

Celkový počet navracených dotazníků vhodných pro analýzu byl tedy 176 kusů. Jeden dotazník vždy odpovídá jednomu dítěti. Z celkového počtu 176 dětí zahrnutých do výzkumného šetření bylo 81 chlapců (46, 02 %) a 95 dívek (53, 98 %) navštěvujících první ročník základní školy.

Graf č. 2 Žáci: poměr chlapců a dívek

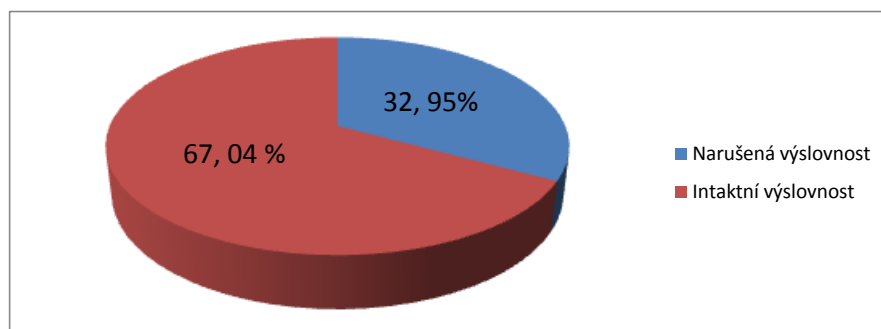


V rámci výzkumného šetření bylo důležité zjistit, kolik žáků prvních tříd má deficity ve výslovnosti. V rámci tohoto šetření bylo zjištěno, že nemalé procento dětí má přetrvávající problémy s výslovností i v době, kdy už navštěvují první ročník základní školy.

Tab. č. 4 Výskyt narušené výslovnosti

n = 176	frekvence výskytu	%
narušená výslovnost	58	32, 95
intaktní výslovnost	118	67, 04

Graf č. 3 Výskyt narušené výslovnosti



Z tabulky číslo 4 a grafu číslo 3 vyplývá, že z celkového počtu 176 dětí má 58 dětí narušenou výslovnost, tedy celých 32, 95 %, což odpovídá zhruba jedné třetině žáků první třídy základní školy. Což není zrovna zanedbatelné číslo.

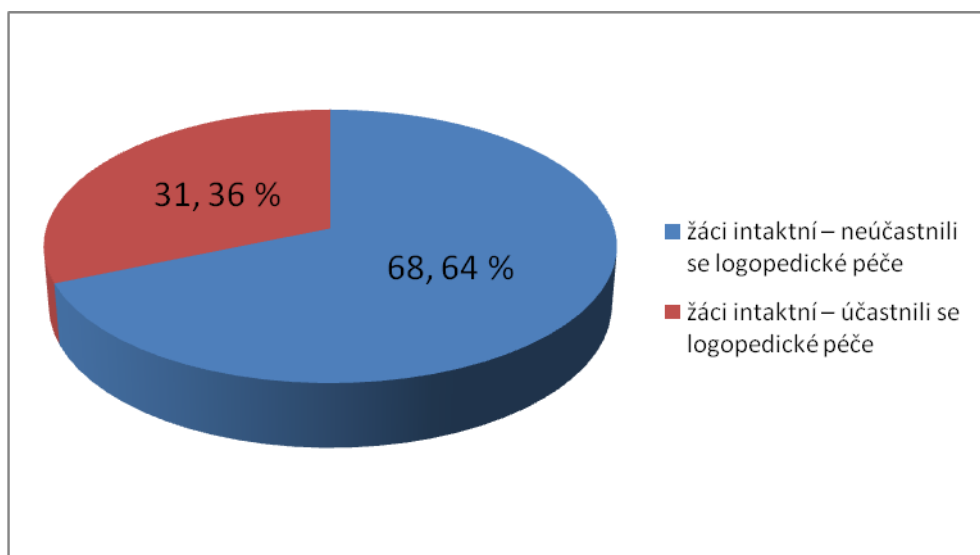
V úvahu samozřejmě musíme brát to, že u některých žáků se může ještě jednat o prodlouženou fyziologickou dyslálii a je tedy možné, že dojde k autokorekci chybně vyslovované hlásky nebo hlásek. Dalším důležitým aspektem je, zda je narušena pouze jedna hláska, či více nebo zda jsou narušeny hlásky pouze z jednoho artikulačního okrsku nebo z více okrsků. Toto zpracovává graf č. 15. V úvahu též musíme brát individuální rozdíly mezi žáky.

Výše bylo uvedeno, že ze zkoumaného vzorku 176 dětí má 118 žáků (67, 04 %) výslovnost intaktní. Z těchto 118 žáků jich 81 (68, 64 %) nikdy nenavštěvovalo logopedickou péči a rodiče uvádí, že výslovnost jejich dětí je v pořádku. Zbývajících 37 dětí (31, 36 %), jak uvádějí rodiče, mělo problémy s výslovností některých hlásek. Tyto děti se tedy v minulosti účastnily logopedické péče, ale jejich výslovnost se podařila upravit před nástupem do školy.

Tab. č. 5 Intaktní žáci a logopedická péče

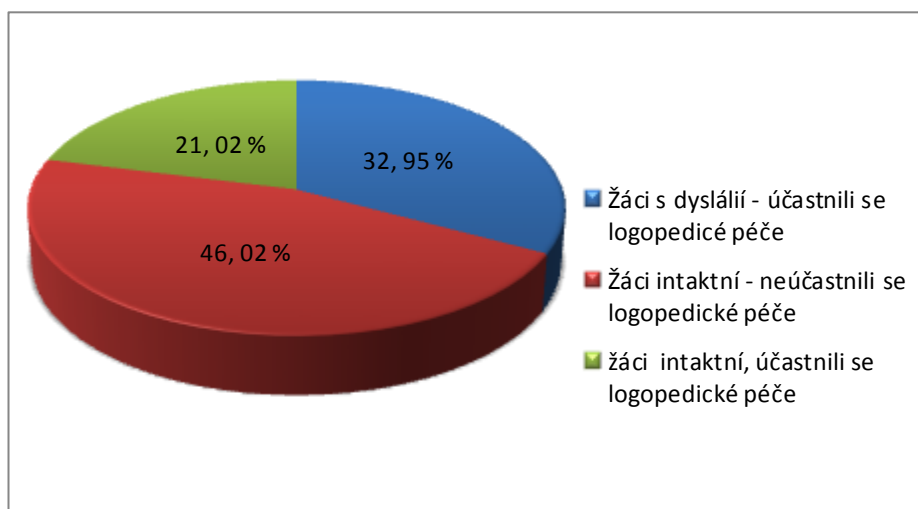
n = 118	frekvence výskytu	%
žáci intaktní – neúčastnili se logopedické péče	81	68, 64
žáci intaktní – účastnili se logopedické péče	37	31, 36

Graf č. 4 Intaktní žáci a logopedická péče



Graf číslo 5 vyjadřuje, kolik dětí se účastnilo logopedické péče před nástupem do základní školy. Tento graf slučuje výsledky z grafu číslo 3 a grafu číslo 4. Z grafu lze vyčíst, že ze zkoumaného vzorku 176 žáků zhruba polovina se účastnila logopedické péče, tj. 95 žáků (53, 98 %). Tedy větší polovina populace předškolních dětí ze zkoumaného vzorku.

Graf č. 5 Účast na logopedické péči



Další graf zpracovává odpověď na otázku, jaký je poměr chlapců a dívek s dyslálií, jaký je tedy výskyt dyslalie v rámci pohlaví?

Z grafu číslo 6 můžeme vypočítat, že u chlapců se vyskytuje dyslalie o něco častěji než u dívek. Z celkového počtu 58 dyslálických dětí bylo 32 chlapců (55, 17 %) a 26 dívek (44, 83 %).

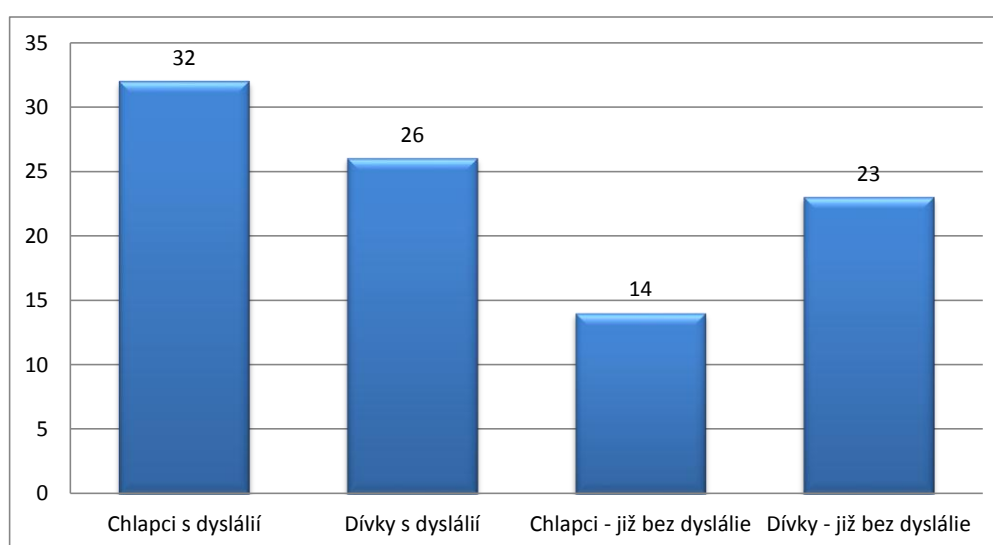
Procento chlapců s dyslálií ze zkoumaného vzorku je tedy o něco vyšší než u dívek, ale tento rozdíl není příliš výrazný. Odborná literatura se též shoduje, že zastoupení dyslalie u mužské populace je vyšší, uvádí se zhruba 3: 2, což odpovídá 60 % chlapců a 40 % dívek.

Podíváme-li se také na poměr chlapců a dívek, kteří se účastnili logopedické péče, ale jejich výslovnost byla úspěšně upravena již před zahájením školní docházky, tak tento poměr chlapců a dívek je poněkud jiný. Z celkového počtu 37 dětí docházelo na logopedii kvůli špatné výslovnosti 23 dívek (62, 16 %) a pouhých 14 chlapců (37, 84 %). Zde se nám tedy tento poměr radikálně obrátil, neboť je zde vyšší zastoupení dívek vůči chlapcům.

Tab. č. 6 Výskyt dyslálie v rámci pohlaví

n = 58	frekvence výskytu	%
Chlapci	32	55, 17
Dívky	26	44, 83
n = 37		
Chlapci	14	37, 84
Dívky	23	62, 16

Graf č. 6 Výskyt dyslálie v rámci pohlaví

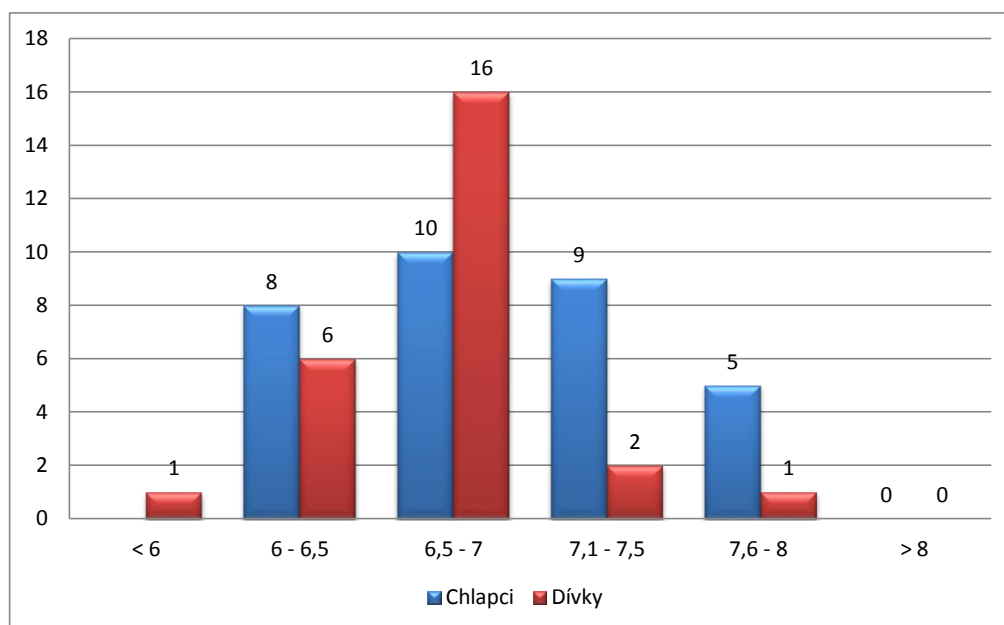


Graf číslo 7 zpracovává věk dětí s dyslálií. Můžeme si všimnout, že poměrně vysoké procento dětí s dyslálií nastoupilo do školy až po 6. roce věku. Z celkového počtu 32 chlapců jich 13 nastoupilo do školy po 7. roce věku, v době výzkumu bylo 18 chlapců 7 let a 3 chlapců 8 let. Z celkového počtu 26 dívek nastoupily do školy po 7. roce věku pouze 3 dívky, v době výzkumu bylo jedné dívce 8 let a 13 dívkám 7 let.

Tab. č. 7 Věk dětí s dyslálií

Věk	Chlapci – počet	Dívky – počet
Méně než 6 let	0	1
Od 6 do 6 let a 5 měsíců	8	6
Od 6 let a 6 měsíců do 7 let	10	16
Od 7 let 1 měsíce až do 7 let a 5 měsíců	9	2
Od 7 let a 6 měsíců do 8 let	5	1
více než 8 let a 1 měsíc	0	0
suma	32	26

Graf č. 7 Věk dětí s dyslálií



Graf č. 8 zaznamenává odpovědi na otázku: *Kdo upozornil na to, že by Vaše dítě mohlo mít problémy s výslovností?* Na tuto otázku odpovědělo 95 respondentů, jejichž dítěti byla doporučena logopedická péče.

Pouhých 19 respondentů (20 %) uvedlo, že logopedickou péčí doporučila učitelka/učitel MŠ, 23 respondentů (24, 21 %) odpovědělo, že logopedickou péčí

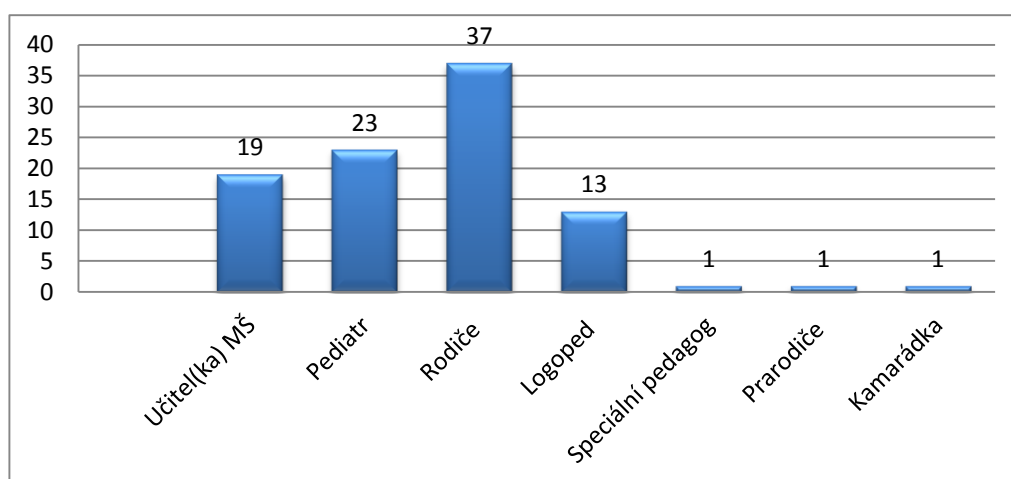
doporučil pediatr. Nejčastější odpovědí byla poslední možnost, kde mohli respondenti uvést svou vlastní odpověď. Tuto možnost využilo 53 respondentů (55, 79 %).

Mezi vlastními odpověďmi se nejčastěji objevovala odpověď, že logopedickou péči vyhledali sami rodiče, neboť si všimli nesprávné výslovnosti svého dítěte. Tuto možnost uvedlo 37 respondentů (38, 95 %). Další nejčastější vlastní odpovědí bylo, že logopedickou péči doporučil logoped docházející do MŠ. Tutu odpověď uvedlo 13 respondentů (13, 68 %). V odpovědích se jedenkrát objevilo, že logopedickou péči doporučil speciální pedagog v MŠ, dále jedenkrát kamarádka studující speciální pedagogiku a rovněž jedenkrát prarodiče.

Tab. č. 8 Kdo doporučil logopedickou péči?

	Počet	Procenta
Učitelka MŠ	19	20 %
Pediatr	23	24, 21%
Rodiče	37	38, 95 %
Logoped	13	13, 68 %
Speciální pedagog	1	1, 05 %
Prarodiče	1	1, 05 %
Kamarádka	1	1, 05 %

Graf č. 8 Kdo doporučil logopedickou péči?



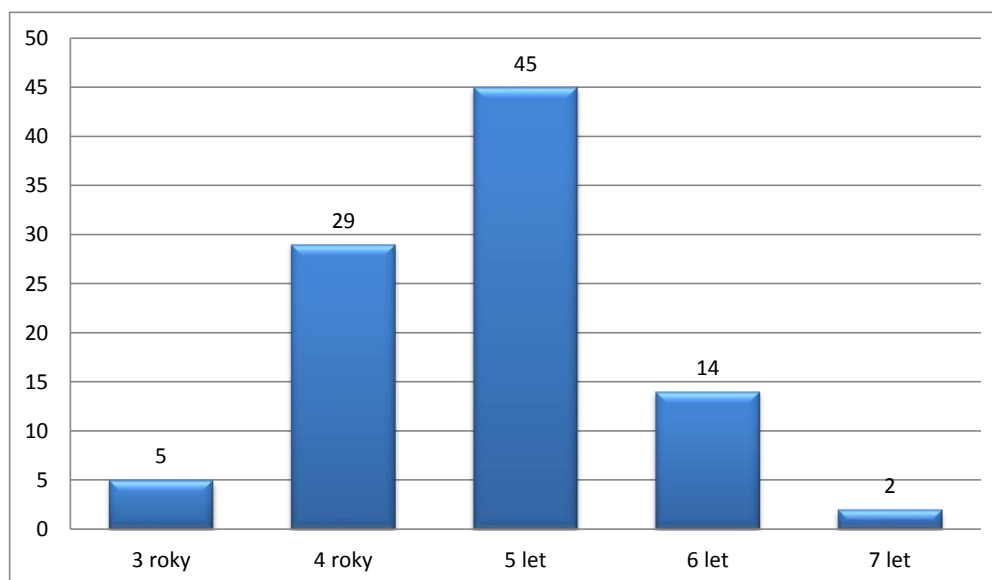
Z výše uvedeného grafu můžeme usoudit, že situace je poměrně uspokojující, neboť ani jedna z nejdůležitějších složek výrazně nevybočuje. Respondenti se srovnatelně vyjádřili, že logopedickou péčí doporučil(a) učitel(ka) MŠ nebo pediatr. Tyto počty jsou téměř srovnatelné, můžeme z tohoto usuzovat, že učitelé/učitelky MŠ i pediatři jsou informováni o nutnosti logopedické péče u dětí, kteří špatně artikulují určité hlásky. Z grafu též vyplývá i pravděpodobně velká informovanost rodičů o této problematice, neboť ti uvedli ve 37 případech, že logopedickou péčí vyhledali sami a to z toho důvodu, že si uvědomovali špatnou výslovnost svých dětí. Někteří uváděli, že mají s logopedickou péčí kvůli špatné artikulaci svou vlastní zkušenost, neboť též v dětském věku docházeli na logopedii, případně docházeli na logopedii už jako rodiče a to se starším sourozencem, který měl rovněž problémy s artikulací hlásek. Graf také zaznamenává, že ve 13 případech doporučil logopedickou péči logoped, který dochází do MŠ. I toto číslo není zanedbatelné, neboť se během screeningového vyšetření mohou podchytit děti, u kterých by si například pediatr, učitel(ka) MŠ či rodiče nevšimli špatné artikulace.

Graf č. 9 uvádí věk dětí, ve kterém začaly docházet na logopedii. Nejvíce dětí začalo docházet k logopedovi v 5 letech věku. Tuto odpověď zaznamenalo 45 respondentů (50 %). Další nejčastější odpovědí bylo, že na logopedii začalo dítě docházet ve 4 letech a to v 29 případech (30, 52 %). Méně se vyskytovala odpověď, že dítě začalo docházet na logopedii v 6 letech, tuto odpověď vybralo 14 respondentů (14, 74 %). Pouhých 5 respondentů (5, 26 %) uvedlo, že na logopedii začali docházet už ve 3 letech a 2 respondenti (2, 11 %) odpověděli, že až v 7 letech.

Tab. č. 9 Věk, kdy děti začaly navštěvovat logopedickou péči

Věk	Počet	Procenta
3	5	5, 26 %
4	29	30, 52 %
5	45	50 %
6	14	14, 74 %
7	2	2, 11 %

Graf č. 9 Věk, kdy děti začaly navštěvovat logopedickou péči



Z grafu opět nevyplývají výraznější nedostatky, u naprosté většiny dětí byla zahájena logopedická péče mezi 4. až 6. rokem věku, ve 45 případech v 5 letech, což je žádoucí, neboť děti mají dostatek času na úpravu výslovnosti před zahájením školní docházky. Pouze ve dvou případech byla zahájena logopedická péče až v 7 letech věku, pravděpodobně až v době, kdy začaly navštěvovat základní školu. Zde mohou vzniknout určité problémy, neboť logopedická péče je zahájena v době, kdy je zahájena i povinná školní docházka a dítě může být přetěžováno. Vhodnější by bylo včasnější zahájení logopedické péče.

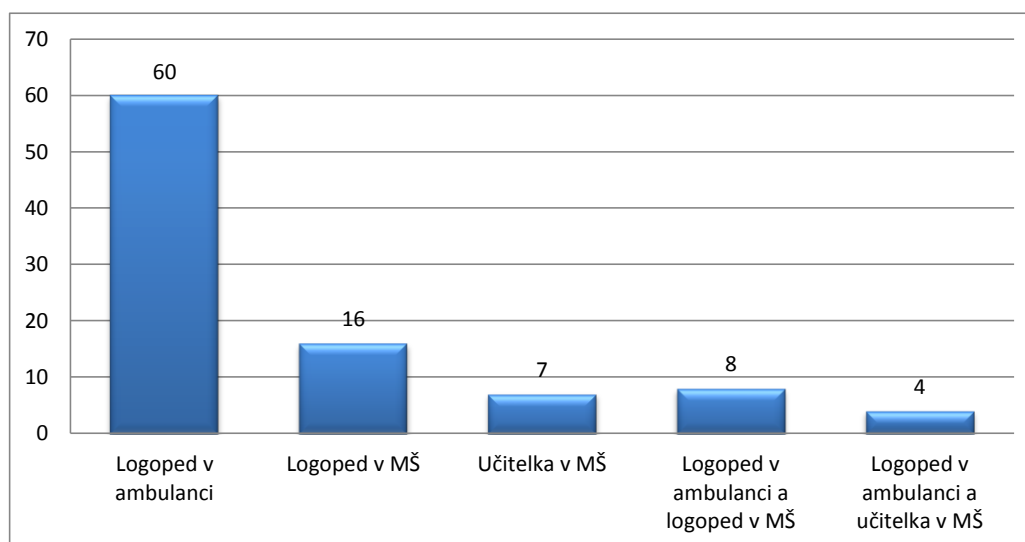
Graf č. 10 odpovídá na otázku: *Kdo logopedickou péči vedl a kde byla péče uskutečňována?* Nejčastěji se vyskytující odpovědí bylo, že logopedickou péči prováděl logoped v logopedické ambulanci. Tuto možnost využilo 60 respondentů, což činí 63,16 %. Jiní odpovídali, že logopedickou péči prováděl logoped, jenž docházel do MŠ. Tuto možnost vybralo 16 respondentů (16,84 %). Pouhých 7 respondentů (7,37 %) odpovědělo, že logopedickou péči vykonávala učitelka v MŠ. 12 respondentů využilo možnosti jiná odpověď, z nich 8 respondentů (8,42 %) uvedlo, že logopedickou

péči vykonával jak logoped v logopedické ambulanci, tak také logoped, který docházel do MŠ, a 4 (4, 21 %) z nich uvedli, že logopedickou péči vykonával jednak logoped v logopedické ambulanci, dále také učitelka v mateřské škole.

Tab. č. 10 Věk, kdy děti začaly navštěvovat logopedickou péči

	Frekvence	Procenta
Logoped v ambulanci	60	63, 16
Logoped v MŠ	16	16, 84
Učitelka MŠ	7	7, 37
Logoped v ambulanci a logoped v MŠ	8	8, 42
Logoped v ambulanci a učitelka MŠ	4	4, 21

Graf č. 10 Kdo vedl logopedickou péči?



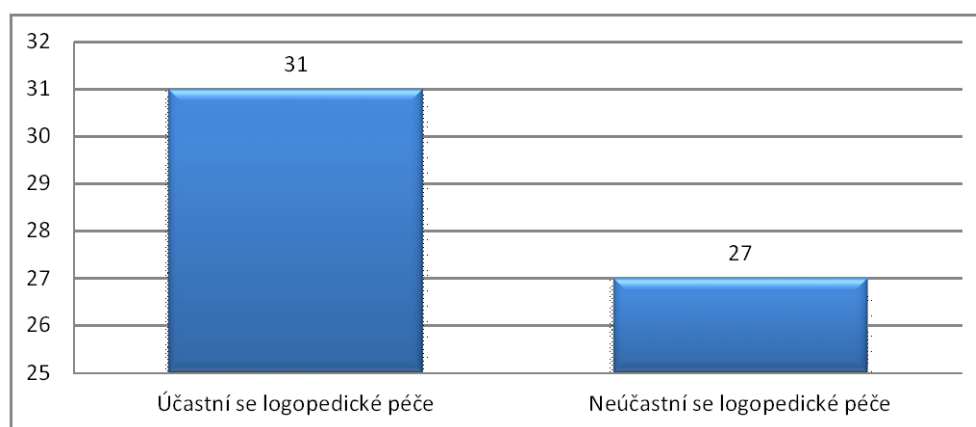
Z grafu vyplývá, že nejčastěji byla logopedická péče prováděna klinickým logopedem v logopedické ambulanci, a to v nadpoloviční většině případů. Druhým nejčastějším místem, kde byla uskutečňována logopedická péče, byla mateřská škola, péči prováděl logoped docházející do MŠ. Zajímavé je, že ve 12 případech byla péče uskutečňována kombinací: logopeda v ambulanci a logopeda v MŠ či logopeda v ambulanci a učitelky MŠ, tato péče byla jistě intenzivnější a častější.

Graf č. 11 zpracovává otázku: *Účastní se Vaše dítě logopedické péče i v současné době, tj. v době, kdy navštěvuje základní školu?* Z celkového počtu 58 dětí, které stále ještě mají narušenou výslovnost hlásek a navštěvují první ročník základní školy, se jich logopedické péče účastní pouhých 31, což odpovídá 53, 44 %. Téměř stejný počet žáků se logopedické péče již neúčastní, neboť na logopedii docházeli pouze v době, kdy navštěvovali mateřskou školu, nyní již ne. Těchto dětí je 27, což odpovídá 46, 55 %.

Tab. č. 11 Návštěvnost logopedické péče v 1. ročníku ZŠ

n = 58	frekvence výskytu	%
účastní se logopedické péče	31	53, 44
neúčastní se logopedické péče	27	46, 55

Graf č. 11 Návštěvnost logopedické péče v 1. ročníku ZŠ



Z grafu č. 11 a tabulky č. 11 můžeme vypočítat, že počet dětí, které se stále účastní logopedické péče a počet dětí, které již logopeda nenavštěvují je téměř stejný a srovnatelný. U všech těchto dětí stále přetrvávají problémy s výslovností, proto se domnívám, že je žádoucí, aby logopedická péče byla uskutečňována i v době, kdy již dítě navštěvuje první ročník základní školy, aby se nadále pracovalo na zlepšení výslovnosti. Samozřejmě musíme ke každému dítěti přistupovat jako k individualitě a brát v úvahu to, že pro některé děti je první ročník základní školy obzvláště náročný,

proto by dítě nemělo být příliš přetěžováno, přesto by logopedická péče měla jistě pokračovat.

Po otázce, zda se dítě účastní logopedické péče i v době, kdy již navštěvuje první třídu, následovala otázka, pakliže se účastní logopedické péče, tak z jakého důvodu? *Jaký je důvod návštěv?* Všichni rodiče uváděli v různých obměnách to samé: zlepšení výslovnosti, kvůli chybné výslovnosti, upevnění výslovnosti apod. V jednom případě se objevilo: pro zlepšení sluchové percepce a kvůli opožděnému vývoji řeči, dále se též v jednom případě objevilo, kvůli dysfázii a dyslálii a zlepšení fonetického sluchu.

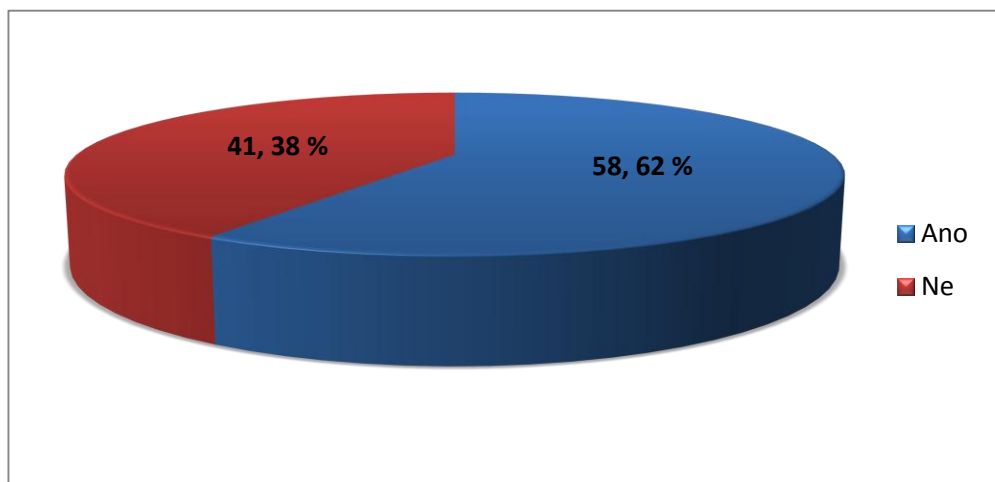
Z výše uvedeného je vidět, že si rodiče uvědomují důležitost návštěv u logopeda, vědí, že na správné výslovnosti je potřeba pracovat i nadále.

Další otázka zjišťovala, zda se problémy s výslovností vyskytovaly i u jiných členů rodiny a u jakých. V této otázce z 58 respondentů jich 34 (58, 62 %) odpovědělo, že ne, případně že si nejsou vědomi, a zbylých 24 (41, 38 %) respondentů odpovědělo, že ano. Z těchto 24 respondentů jich 16 uvedlo, že potíže s výslovností se vyskytovaly i u sourozence, 6 u matky, 8 u otce a 4 u prarodičů. Někteří samozřejmě uváděli, že se problémy s výslovností objevily u více členů rodiny.

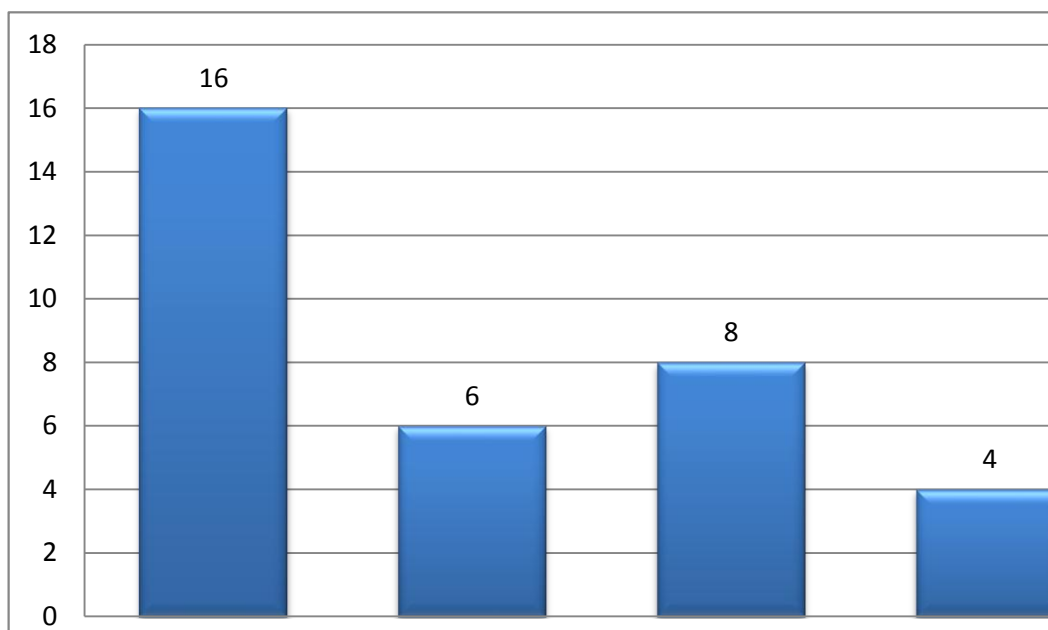
Tab. č. 12 Výskyt dyslalie v rodině

Výskyt v rodině	Frekvence	Procenta
Ne	34	58, 62
Ano	24	41, 38
- sourozenec	16	
- matka	6	
- otec	8	
- prarodiče	4	

Tab. č. 12 Výskyt dyslalie v rodině



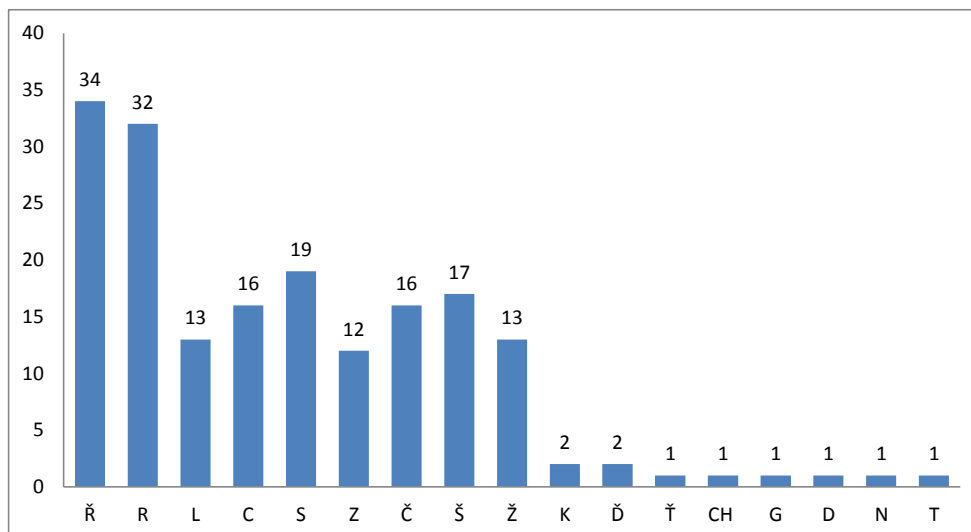
Graf č. 13 U kterých členů rodiny se vyskytovaly potíže s výslovností?



Graf číslo 14 zpracovává četnost nesprávné výslovnosti konkrétních hlásek. Z celkového počtu 58 respondentů ve věkové kategorii 6 až 8 let byla nejčastěji chybně vyslovovanou hláskou hláska „Ř“ a to ve 34 případech, což odpovídá 58,62 %. Druhou nejčastěji chybně vyslovovanou hláskou byla hláska „R“ a to ve 32 případech

(55, 17 %), následují hlásky: „S“ (19), „Š“ (17), „Č“ (16), „C“ (16), „L“ (13), „Ž“ (13), „Z“ (12), „K“ (2), „Ď“ (2), „Ť“ (1), „CH“ (1), „G“ (1), „D“ (1), „N“ (1), „T“ (1).

Graf č. 14 Četnost nesprávné výslovnosti hlásek



Z výše uvedeného grafu můžeme vypočítat, že nejčastější nedostatky se vyskytují ve správné výslovnosti vibrant. První nejčastěji špatně vyslovovanou hláskou je hláska „Ř“, kterou špatně vyslovuje 58, 62 % dyslalických dětí, hned druhou špatně vyslovovanou hláskou je hláska „R“, kterou špatně vyslovuje 55, 17 % dětí. V obou případech se tedy jedná o větší polovinu ze zkoumaného vzorku. Tento fakt může být ovlivněn tím, že děti jsou ve věkovém rozmezí 6 – 8 let a hlásky „R“ a „Ř“ se fixují až mezi posledními a to mezi 5. rokem a 6 měsíci až 7. rokem.

Dalšími nejčastěji chybně vyslovovanými hláskami jsou ostré a tupé sykavky: „C“ (16; 27, 59 %), S (19; 32, 76 %), „Z“ (12; 20, 69 %), „Č“ (16; 27, 59 %), „Š“ (17; 29, 31 %), „Ž“ (13; 22, 41 %), což je též vzhledem k věku dětí pochopitelné.

Je zajímavé, že ve 13 případech (22, 41 %) byla uvedena jako špatně vyslovovaná hláska hláska „L“, kterou by měly mít děti fixovanou již okolo 2 a půl let až 3 let. Četnost uvádění této hlásky může být pravděpodobně ovlivněná i tím, že při

výuce správné výslovnosti hlásky „R“ někdy dochází k úpravě či upevnění správné artikulace hlásky „L“.

Ostatní hlásky vždy byly zastoupeny pouze symbolicky – tedy vždy u jednoho (1, 72 %) případně dvou (3, 45 %) žáků. Přesto je zajímavé, že nesprávná výslovnost hlásek byla zjištěna i u této věkové kategorie, neboť například hlásky „D“ (1), „N“ (1), „T“ (1) by měly děti umět správně vyslovovat již kolem 2 a půl roku věku.

Například špatná výslovnost hlásky „CH“ byla zaznamenána u žáka, kterému je v současné době 7 let (tato hláska se fixuje již v 2,6 – 3, 5 let věku). Jiný chlapec ze zkoumaného souboru, kterému je též 7 let, má potíže s výslovností hlásek: „K“, „G“, „R“, „Ř“, „Š“, „Č“. V 7 letech by měl být vývoj hlásek již ustálen, hlásky „K“, „G“ by se též měly fixovat již ve 2 letech a 6 měsících až 3 a půl letech. Další chlapec, též 7 let, má problémy s hláskami „R“, „Ř“, „L“, „K“, „S“, „Č“, „Ď“. Opět by měl některé hlásky umět mnohem dříve. A dále například žákyně, které je 6 let a má problémy s výslovností hlásek „D“, „T“, „N“.

Další zajímavá otázka, která vyplývá z výzkumu, byla, ve kterém artikulačním okrsku se nejčastěji vyskytují potíže a zda se vyskytují nedostatky vždy pouze v jednom nebo více artikulačních okrcích?

Již z předešlého grafu lze usuzovat, že nejproblematictějším okrskem bude 2. artikulační okrsek, kde jsou ostré a tupé sykavky a hlásky „R“ a „Ř“, neboť právě tyto hlásky měly v předešlém grafu největší zastoupení. Ve druhém artikulačním okrsku se skutečně vyskytl největší počet chybně vyslovovaných hlásek, tento počet je 76, problémy s předodásňovými (prealveolárními) hláskami mělo 56 respondentů (96, 55 %) a se zadodásňovými (postalveolárními) 20 respondentů (34, 48 %). Podíváme-li se na počet respondentů, kteří mají problémy s výslovností některé hlásky předodásňové (prealveolární) z 2. artikulačního okrsku, můžeme říci, že se jedná o téměř každé dítě ze zkoumaného vzorku, které má problémy s výslovností.

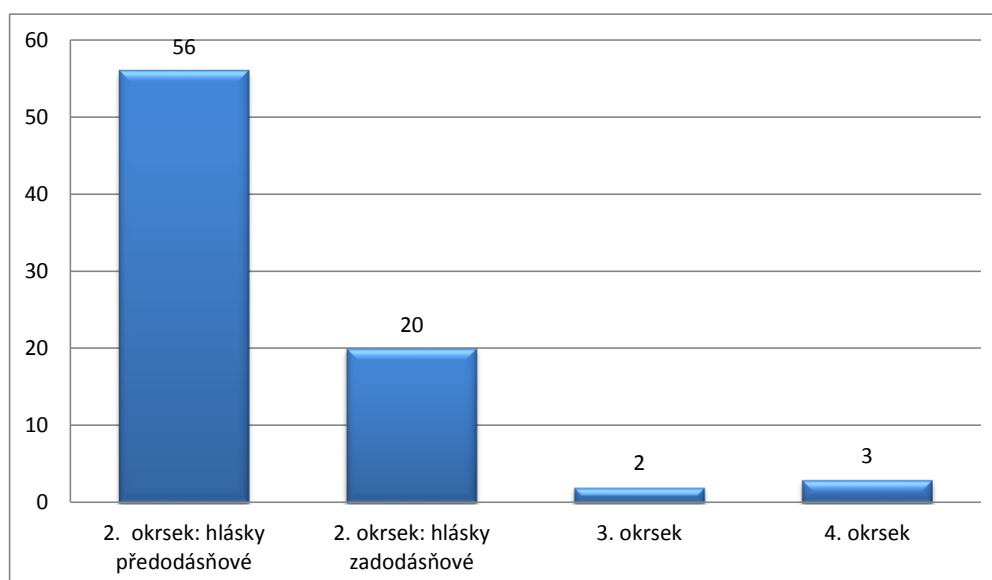
Ve třetím artikulačním okrsku, který je zastoupen hláskami tvrdopatrovými (palatálními) „Ď“, „Ť“, „Ň“ a „J“, bylo zaznamenáno výrazně menší zastoupení a to pouze ve 2 případech a v čtvrtém artikulačním okrsku, který je zastoupen hláskami

měkkopatrovými (velárními) „K“, „G“, „CH“, bylo zastoupení také menší a to ve 3 případech. Problémy v prvním artikulačním okrsku se nevyskytovaly.

Tab. č. 13 Četnost dle artikulačních okrsků

	Frekvence	Procenta
1. artikulační okresek	0	0
2. artikulační okresek: hlásky předodásňové	56	96, 55
2. artikulační okresek: hlásky zadodásňové	20	34, 48
3. artikulační okresek	2	3, 45
4. artikulační okresek	3	5, 17

Graf č. 15 Četnost dle artikulačních okrsků



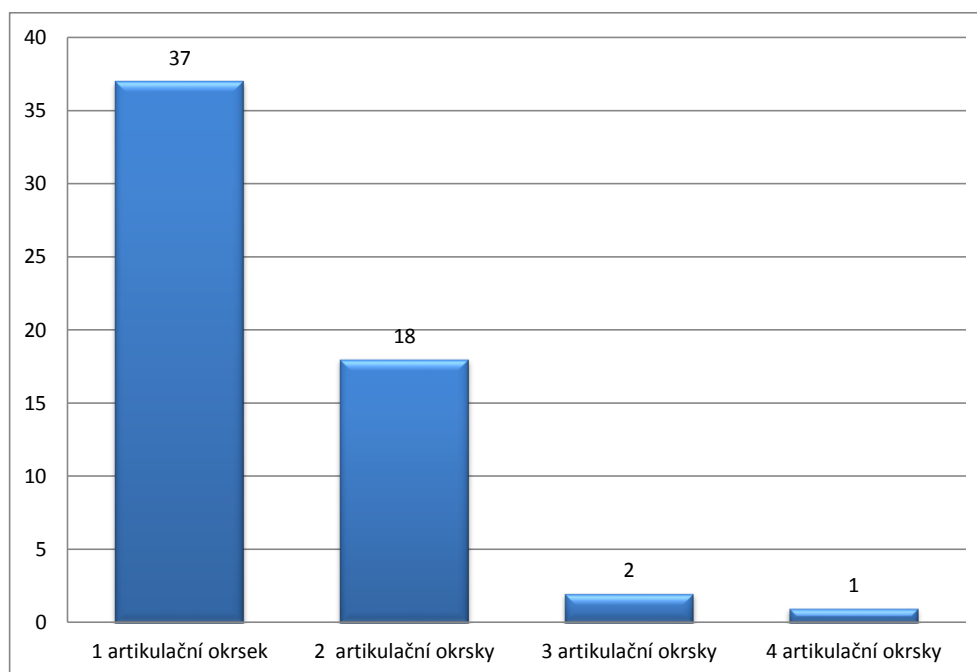
Níže uvedený graf číslo 16 a tabulka číslo 14 zpracovává, zda se vyskytují nedostatky pouze v jednom či ve více artikulačních okresech. Ve většině se skutečně jednalo pouze o problémy s artikulací v jednom artikulačním okrsku.

V jednom artikulačním okrsku má potíže 37 respondentů (63, 80 %), ve dvou artikulačních okrcích 18 respondentů (31, 03 %), ve třech artikulačních okrcích 2 respondenti (3, 45 %) a ve čtyřech artikulačních okrcích 1 respondent (1, 72 %).

Tab. č. 14 Četnost výskytu v rámci artikulačních okrků

n = 58	Frekvence	Procenta
V jednom artikulačním okrsku	37	63, 80
Ve dvou artikulačních okrcích	18	31, 03
Ve třech artikulačních okrcích	2	3, 45
Ve čtyřech artikulačních okrcích	1	1, 72

Graf č. 16 Četnost výskytu v rámci artikulačních okrků



V diplomové práci bylo několikrát uvedeno, že nesprávná výslovnost může ovlivnit úspěšnost ve škole. Pokud totiž dítě určitou hlásku chybně vyslovuje, je možné,

že ji bude také chybně psát a číst. Pakliže se jedná pouze o jednu hlásku, lze se domnívat, že potíže budou menší než u dětí s větším počtem chybně vyslovovaných hlásek, proto bylo zajímavé se ve výzkumném šetření zaměřit nejen na to, jaké hlásky jsou chybně vyslovované, ale také na to, jaký je vlastně počet chybně vyslovovaných hlásek. Tuto otázku zpracovává tabulka číslo 15 a graf číslo 17.

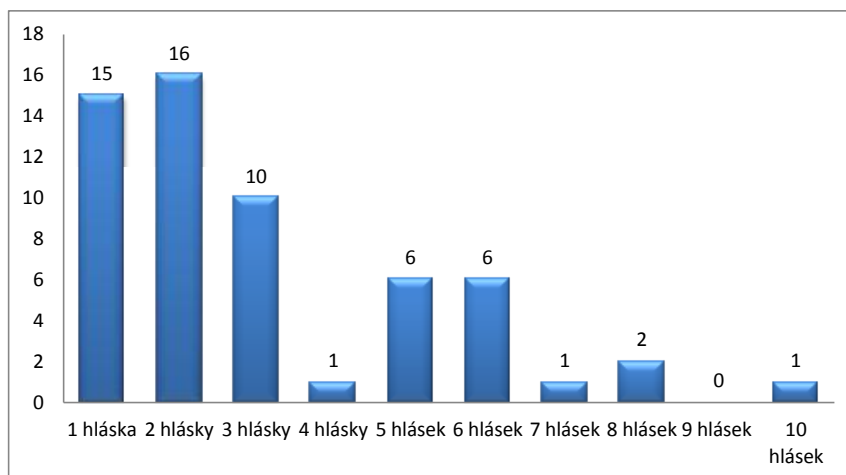
Výzkumný vzorek opět činí 58 dyslalických dětí a z výzkumného šetření vyplynulo, že skutečně nejvíce mají děti problémy s jednou, dvěma případně třemi hláskami. S jednou hláskou má potíže 15 žáků (25, 86 %), se dvěma hláskami o jednoho žáka více, tedy 16 žáků (27, 59 %) a se třemi hláskami 10 žáků (17, 24 %). Se čtyřmi hláskami jedno dítě (1, 72 %), s pěti hláskami 6 dětí (10, 34 %), se šesti hláskami 6 dětí (10, 34 %), se sedmi hláskami jedno dítě (1, 72 %), s osmi hláskami dvě děti (3, 45 %) a dokonce s deseti hláskami také jedno dítě (1, 72 %).

..

Tab. č. 15 Četnost chybně vyslovovaných hlásek

n = 58	Frekvence	%
pouze 1 hláska	15	25, 86
2 hlásky	16	27, 59
3 hlásky	10	17, 24
4 hlásky	1	1, 72
5 hlásek	6	10, 34
6 hlásek	6	10, 34
7 hlásek	1	1, 72
8 hlásek	2	3, 45
9 hlásek	0	0
10 hlásek	1	1, 72

Graf č. 17 Četnost chybně vyslovovaných hlásek



Odborná literatura se monograficky nezabývá tématem chybné artikulace a jejího možného dopadu na školní úspěšnost. V odborné literatuře najdeme pouze dílčí pasáže, které upozorňují na tuto možnost. Nikde nenajdeme, zda vyšší procento chybně artikulovaných hlásek zvyšuje i procento neúspěšnosti či nepřijetí kolektivem ve škole, ale lze se domnívat a předpokládat, že žák, který chybně vyslovuje pouze jednu, či dvě či tři hlásky má menší potíže, než žák, který špatně vyslovuje deset hlásek. Je poměrně zarážející, že v prvním ročníku základní školy jsou i děti, které chybně vyslovují 6 a více hlásek. Tyto děti jsou sice zastoupeny pouze v menším počtu, přesto je tento údaj velmi zajímavý.

Poslední otázka výzkumného šetření se zabývala tím, zda si rodiče vůbec uvědomují možné dopady dyslalie. Otázka zněla: *Myslíte, že by problémy s výslovností hlásek mohly mít dopad na školní úspěšnost Vašeho dítěte?*

Na tuto otázku odpovídali jednak rodiče těch dětí, u kterých stále přetrvává špatná výslovnost hlásek (58 respondentů) a dále také rodiče dětí, u kterých již potíže nepřetrvávají, řeč je tedy intaktní, ale před nástupem do základní školy se tyto děti účastnily logopedické péče kvůli nesprávné výslovnosti (37 respondentů). Celkem se tedy k této otázce vyjádřilo 95 respondentů.

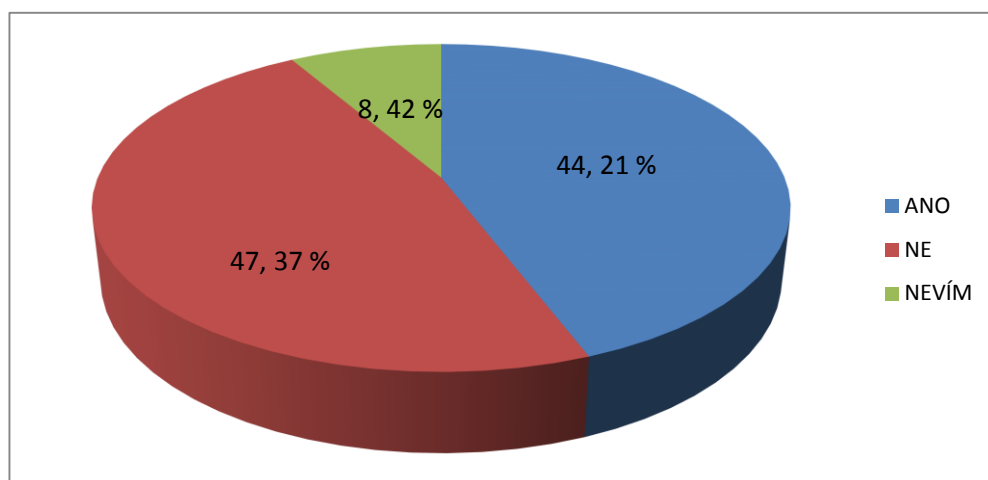
Téměř polovina tedy 45 respondentů (47, 37 %) uvedla, že si nemyslí, že by nedostatky ve výslovnosti mohly ovlivnit školní úspěšnost. 8 respondentů (8, 42 %) odpovědělo, že neví, a 42 respondentů (44, 21 %) odpovědělo, že ano, že problémy s výslovností mohou ovlivnit školní úspěšnost.

Shrneme-li to, tak zhruba polovina rodičů si myslí, že vadná výslovnosti nikterak nemůže ovlivnit úspěšnost jejich dětí a druhá polovina rodičů si myslí, že naopak může. Zde spatřuji určité mezery, tento výsledek jistě není zlý, přesto se domnívám, že by rodiče měli být lépe informováni o možných důsledcích dyslalie. Sovák (1991) uvádí, že právě dyslalie bývá často zlehčována a považována pouze za zanedbatelné nedostatky, upozorňuje ovšem, že mnozí si neuvědomují, že se může nepříznivě promítnout do psychicky, dále například i do sociální dimenze. A jistě i do školní úspěšnosti, neboť i psychika a sociální dimenze s úspěchem nepřímo souvisí, dále platí již zmiňované možné přímé důsledky dyslalie na výuku psaní a čtení.

Tab. č. 16 Může dyslalie ovlivnit školní úspěšnost?

n = 95	Frekvence	Procenta
ANO	42	44, 21
NE	45	47, 37
NEVÍM	8	8, 42

Graf č. 18 Může dyslalie ovlivnit školní úspěšnost?



Ve výše uvedené otázce „*Myslíte, že by problémy s výslovností hlásek mohly mít dopad na školní úspěšnost Vašeho dítěte?*“ rodiče nezaznamenávali pouze dichotomií odpověď ano, případně ne, ale uváděli zde také svůj názor na to, v jakých oblastech se tedy dyslalie nejvíce projeví a jak to může ohrozit školní úspěšnost.

Některé odpovědi rodičů byly opravdu zajímavé, například: „*Dcera hlásky dokáže správně rozpoznat, její řeč je srozumitelná, problémy by mohly nastat později spíše v sociální oblasti. Nyní vzhledem k věku jsou její nedostatky ve výslovnosti mezi vrstevníky tolerovány. V budoucnu by se mohlo stát, že by se ve školním dětském kolektivu necítila dobře, pak by tato skutečnost mohla negativně ovlivnit její školní úspěšnost.*“ Rodič této dívky vystihl poměrně důležitý fakt a to ten, že nyní v první třídě je nesprávná výslovnost jeho dcery vrstevníky tolerována, ale v pozdějším věku by mohlo dojít k určitým potížím – hlavně tedy v sociální oblasti. Další zajímavou odpovědí například bylo: „*Myslím, že ano. Ale hlavně to z mého pohledu není dobrý vklad do celého života, zvlášť jde-li o snadno odstranitelnou věc.*“ I tento rodič zaznamenal poměrně důležitý fakt, jednak do odpovědi zahrnul určité celoživotní stigma, které by si dítě neslo a také upozornil na to, že dyslalie je poměrně snadno „odstranitelná věc“ a především proto by se neměla zanedbávat. Podobnou odpověď uvedl i jiný rodič „*Ano, pravděpodobně ano, hlavně by ovšem bylo hloupé vadu neodstranit.*“ Jiná odpověď uvádí, že „*Ano, každý handicap dítě znevýhodňuje jak po stránce psychické a sociální (sebevědomí, postavení v kolektivu), tak přímo ve výuce – zejména čtení.*“

Výše zmiňované odpovědi rodičů jsou opravdu velice zajímavé, přínosné jsou i ostatní odpovědi, které bylo možné rozčlenit do určitých kategorií, neboť některé odpovědi byly téměř stejné či si byly velmi blízké. Při pročítání jednotlivých odpovědí a jejich vzájemném porovnávání bylo zjevné, že některé odpovědi se v různých modifikacích opakují. Tyto odpovědi byly seskupeny do jedné kategorie, která byla následně pojmenována. Při analýze jednotlivých odpovědí tedy vznikly následující kategorie: *dopad do sociální oblasti, sluchová percepce, zhoršená srozumitelnost a komunikace, dopad na čtení a dopad na psaní.*

První oblastní je kategorie, která nese název ***dopad do sociální oblasti.*** Tato kategorie vznikla z toho důvodu, že v odpovědích rodičů se poměrně často

objevoval názor, že dyslalie má neblahý dopad jak na stránku psychickou, tak sociální a to pak může ovlivnit školní úspěšnost. Velice často zde byl zmiňován nepříznivý dopad na dobré vztahy se spolužáky a v kolektivu třídy či na dobré postavení žáka ve třídě atd. Vyskytovaly se zde například tyto odpovědi: *obavy mluvit v hodinách, posměch/výsměch spolužáků, negativní reakce spolužáků, postavení ve třídě atd.* Ze 42 různých vyjádření byla tato odpověď zaznamenána celkem v 16 případech (38 %).

Dalšími hesly, která se často vyskytovala v odpovědích, bylo: *nepřesné rozlišování hlásek, jejich vynechávání či záměna těchto hlásek*. Tato kategorie byla nazvána **sluchová percepce**. Neboť to, že dítě některou z hlásek zamění či vynechá, souvisí právě se sluchovou percepcí. V odpovědích se například objevovalo: „*Mám za to, že ano, jelikož dítě by mělo slyšet, vyslovovat a psát stejně srozumitelně.*“, další poměrně častou odpovědí bylo, že dítě „*může zaměnit písmena „L“ a „R“*“. Dále například to, že pokud žák „*hlásky neslyší, mohl by je vynechávat.*“ Pro tuto oblast bylo zachyceno 10 odpovědí (23, 80 %). Respondenti vhodně zaznamenali, že zde opravdu existuje určitá souvislost mezi řečí mluvenou a psanou. Když žák určitou hlásku neslyší, vynechává či má problémy s její identifikací, tak tuto hlásku také nemůže správně zaznamenat, případně může dojít k její záměně za jinou hlásku (např. prosím – plosím – posím).

Další třetí kategorií je oblast, která nese název **zhoršená srozumitelnost a komunikace**. Zde většinou rodiče uváděli názor, že se při výuce nejvíce projeví právě zhoršená srozumitelnost mluvy dítěte a to že může mít dopad na školní úspěšnost a celkově se to odrazí především na verbálním projevu dítěte. Například se zde objevovaly takovéto odpovědi: „*Určitě. Dětem je špatně rozumět, později se jim spolužáci posmívají, děti se stydí mluvit před třídou a nemají chuť se příliš často verbálně projevovat.*“ Dále například: „*přeneseně ano – obavy mluvit v hodinách, při zkoušení atd.*“ Do této oblasti bylo celkem zařazeno 7 odpovědí (16, 67 %).

Následující čtvrtá kategorie nese název **dopad na čtení**. Do této kategorie lze celkem zařadit 13 odpovědí (30, 95 %). Rodiče vhodně upozorňují, že nesprávná výslovnost má dopad jednak na ústní projev, ale také na čtení. Z většiny odpovědí, lze usuzovat, že u některých odpovědí mají rodiče na mysli pouze nesprávnou výslovnost čteného textu, někdy se totiž vyjadřovali velmi stroze: např. „*Ano, problém se čtením a komunikací.*“, „*Ano, posměch spolužáků a při výuce čtení.*“ „*Ano, horší výsledky ve*

čtení a posměch spolužáků.“, „*Částečně, při čtení.*“. Z těchto odpovědí nelze jasně určit, zda si rodiče uvědomují, že číst a psát se učíme na základě mluvené řeči a že pokud jejich dítě některou hlásku špatně vyslovuje, případně ji v řeči úplně vynechává, tak by jejich dítě mohlo mít problém právě s její identifikací této hlásky/písmene ve čteném projevu. Je tedy náročné určit, co rodiče skutečně myslí tím, že by jejich dítě mohlo mít problémy ve čtení. Zda tím například nemyslí spíše verbální projev a to, že dítě, které špatně vyslovuje čtený text, by mohlo být například hůře hodnoceno učitelem.

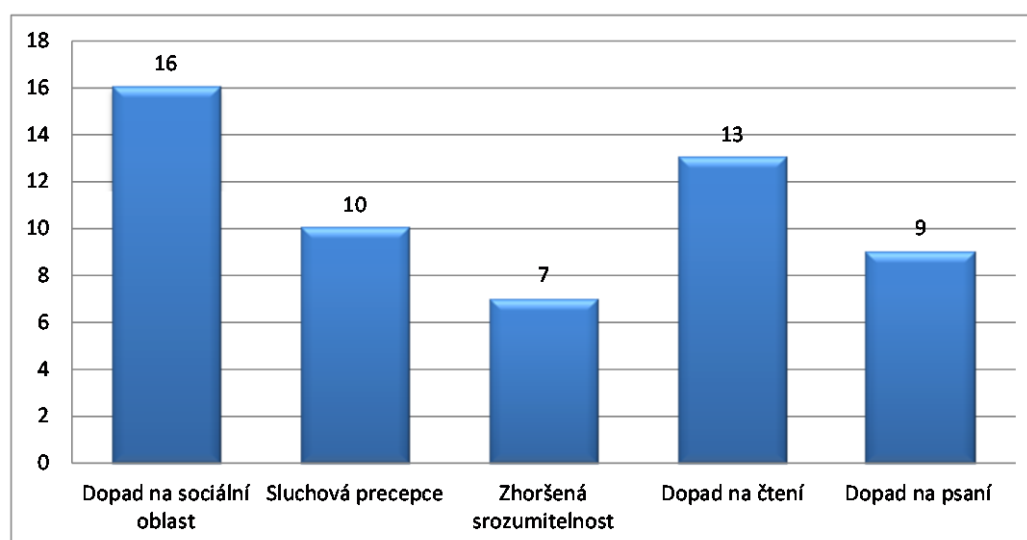
Jiné odpovědi jsou pestřejší, např. „*Problém při čtení s výslovností by mohl mít vliv jak na prospěch, tak na postavení ve třídě.*“ Z této odpovědi můžeme již usuzovat, že si rodič myslí, že nesprávná výslovnost čteného textu by mohla nejen ovlivnit prospěch, ale také by mohla být doprovázena negativními reakcemi spolužáků a tím by mohlo být i ohroženo postavení žáka ve třídě. Jiný rodič odpovídal např. „*V případě nezvládnutí jednoho písmenka – nevidím problém, v případě více by se pro dítě jednalo o velký handicap – při čtení.*“ Zde tedy rodič zdůrazňuje především kvantitu špatně vyslovovaných hlásek. Jiné odpovědi například již pojmenovávají především problém s rozlišováním hlásek: „*Ano – Rozlišování hlásek při diktátech, čtení a psaní.*“, „*Ano, špatné čtení a psaní slov, kde nerozpozná „l“ a „r“.*“ Zde si tedy rodiče již uvědomují problémy především se sluchovou percepcí a s identifikací chybně vyslovované hlásky. Pakliže totiž dítě neslyší, zda učitelka říká/diktuje slovo „LAK“ nebo „RAK“, je pro něj obtížné diktované slovo písemně zaznamenat. Muselo by se totiž například rozhodovat podle kontextu a to je příliš složité a náročné.

Poslední kategorií, která vyplynula z analýzy zkoumaného vzorku, je oblast s názvem: ***dopad na psaní***. Slovo psaní se v různých obměnách vyskytovalo celkem v 9 odpovědích (21, 43 %). Z těchto 9 odpovědí se výraz psaní objevil 5 krát v kombinaci s výrazem čtení, rodiče se tedy domnívají, že správná artikulace je nezbytná pro dosažení úspěchu při výuce čtení a psaní. V ostatních odpovědích se výraz psaní objevil samostatně: „*Pokud špatně mluví, nepřepsal by správně text...*“, „*Ano, špatná výslovnost = špatné psaní.*“, „*Ano. Pokud dítě špatně vyslovuje nebo některá písmena vynechává, bude i špatně psát slova např. při diktátu.*“

Tab. č. 17 Jak dle názorů rodičů dyslalie ovlivní školní úspěšnost.

n = 42	Frekvence	Procenta
Dopad na sociální oblast	16	38
Sluchová percepce	10	23, 80
Zhoršení srozumitelnosti a komunikace	7	16, 67
Dopad na čtení	13	30, 95
Dopad na psaní	9	21, 43

Graf č. 19 Jakým způsobem ovlivní dle názorů rodičů dyslalie školní úspěšnost.



6.6 Závěry výzkumného šetření a doporučení pro praxi

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo orientační zjištění hodnot výskytu dyslalie v prvním ročníku základní školy. Z výzkumného šetření, které probíhalo formou dotazníkového šetření a respondenty byli rodiče, vyplynulo, že počet těchto dětí není zanedbatelný. Narušená výslovnost byla zjištěna u 32, 95 % dětí (tj. u 58 dětí ze

176), výzkumná otázka číslo jedna se tedy potvrdila. Z těchto 58 dětí jich zhruba polovina, přesně 53, 44 %, stále dochází na logopedii. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že skutečně největší potíže mají žáci s výslovností vibrant. S hláskou „Ř“ má potíže 58, 62 % dětí a s hláskou „R“ 55, 17 %. V obou případech výskyt narušené výslovnosti hlásek „Ř“ a „R“ lehce přesahuje polovinu žáků. Tato vysoká četnost může být ovlivněná tím, že výslovnost těchto hlásek se ustaluje až mezi posledními. Ve výrazném zastoupení je také špatná výslovnost ostrých a tupých sykavek, i tento výskyt je vzhledem k věku žáků pochopitelný. Výzkumné šetření také poukázalo na to, že mezi chybně vyslovovanými hláskami jsou též hlásky, které by měly děti správně vyslovovat již kolem 2. a 3. roku. Vzhledem k tomu, že výzkumné šetření bylo uskutečněno formou dotazníku, nebyl možný přímý kontakt s respondenty. Bylo by ovšem jistě zajímavé, zjistit konkrétní příčiny chybně vyslovovaných hlásek.

Následující výzkumná otázka se zabývala tím, zda se jedná spíše o mírnější formu dyslálie, kdy je narušeno jen několik hlásek, které budou z jednoho artikulačního okrsku, nebo zda je postiženo okrsků více. Výzkumná otázka předpokládala, že ve většině případů dyslálie se bude jednat o hlásky, které jsou pouze z jednoho artikulačního okrsku. Tato domněnka byla výzkumným šetřením potvrzena. Šetření ukázalo, že v 63, 80 % se skutečně jednalo o hlásky pouze z jednoho artikulačního okrsku. Poměrně vyšší procentuální zastoupení můžeme pozorovat i u dvou artikulačních okrsků. Chybně vyslovované hlásky, které by zasahovaly do více než dvou okrsků, mají jen velmi malé zastoupení: 3 artikulační okrsky 3, 45 % a 4 artikulační okrsky 1, 72 %.

Poslední výzkumná otázka se zaměřovala na názory rodičů. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že zhruba polovina rodičů (44, 21 %) si uvědomuje možné dopady dyslálie na školní úspěšnost, o pár procent více rodičů ovšem nepředpokládá (47, 31 %), že by dyslálie mohla ovlivnit úspěšnost ve škole a zbylých 8, 42 % rodičů neví.

Shrneme-li tedy závěry výzkumného šetření, je patrné, že do první třídy nastupuje stále poměrně vysoké procento dětí, které ještě nemají ustálenou výslovnost. V této práci bylo již několikrát uvedeno, že této problematice je třeba věnovat pozornost, neboť dyslálie může mít dopady na školní úspěšnost, také na psychiku dítěte a na jeho začlenění ve třídě apod. Proto je velmi žádoucí, aby i učitelé běžných

základních škol byli informováni o možných dopadech dyslálie na dítě, aby věděli, že se žák může kvůli své řečové vadě stát obětí šikany, může být citově labilnější, mít snížené sebehodnocení, zažívat každodenní stres, dále například ze strachu odmítat zkoušení před tabulí apod. Měli by si být také vědomi toho, že dyslálie může mít negativní dopad na výuku čtení a psaní. Uvědomovat si to a pracovat s dítětem dle jeho možností. Pozornost by také měla být věnována specifickým poruchám učení, které se někdy vyskytují společně s dyslálií. U výraznějších potíží ve čtení a psaní je vhodné se souhlasem rodičů provést také test rizik vzniku specifických poruch učení. Vhodná je také například spolupráce s logopedem dítěte nebo se školním speciálním pedagogem. Dále by také měl být učitel schopen určité sebereflexe. Vnímat svou interakci se žáky a četnost komunikace, neboť právě žáci, kteří mají potíže v komunikaci, bývají někdy učitelem méně vyvoláváni a jejich projev hůře hodnocen, přestože je po obsahové stránce správný. Bylo by tedy vhodné, aby do profesní přípravy učitelů byly zařazeny i předměty speciálně pedagogické, aby byly rozšiřovány jejich profesní kompetence a učitelé byli vedeni k práci s heterogenní skupinou.

V rámci předškolního vzdělávání dbát na rozvoj komunikačních kompetencí a na správnou výslovnost dětí. Je například vhodné, pokud mají učitelky/učitelé mateřské školy kurz logopedického asistenta. Důsledně dbát na screeningová vyšetření v mateřských školách, která včas pomohou odhalit potíže s výslovností.

Rozšiřovat informovanost rodičů o řečovém vývoji a o dyslálii. V rámci logopedické péče se více zaměřit na rodiče, brát je jako své partnery. Je důležité rodičům objasnit důležitost a význam jejich spolupráce při terapii dyslálie. Logoped by měl věnovat čas nejen dětem s dyslálií, ale také jejich rodičům. Dále by se měl ujistit o tom, že rodiče chápou význam terapie a vědí, jak s dítětem doma pracovat. Také by měl rodiče informovat o možných důsledcích dyslálie.

Závěr

Řeč je pro člověka v jeho životě nesmírně důležitá, proto také není pochyb o tom, že hraje významnou roli i v procesu edukace. V práci bylo několikrát uvedeno, že je velmi důležité, aby dítě, které vstupuje do prvního ročníku základní školy, nemělo problémy s výslovností, neboť správná výslovnost je nezbytná pro nácvik čtení a psaní. Dále se může odrazit na psychice dítěte a mít dopad do sociální interakce. Jako kterékoli jiné postižení může ovlivnit celou osobnost jedince. Proto je důležité rozšiřovat obecné povědomí o dyslálii a o jejích možných dopadech na život člověka.

První část práce se zaměřuje na teoretické poznatky, které se týkají dyslalie a dalších vybraných oblastí, jež se k této problematice vztahují. Hlavní částí práce je úsek, který se věnuje výzkumnému šetření. Výzkumné šetření bylo provedeno na pěti pražských základních školách a do výzkumu bylo zařazeno 176 respondentů, přestože je výzkumný vzorek poměrně malý, poukázal na několik důležitých faktů, které by bylo vhodné dále rozpracovat a zaměřit se na ně. Děti, které vstupují do první třídy a nemají správnou artikulaci, je zhruba jedna třetina, toto číslo je nezanedbatelné. Bylo by žádoucí zaměřit se v dalším výzkumném šetření, čím je to způsobeno a podrobněji rozpracovat, o jaký typ dyslalie se jedná. Podle výsledku dalšího šetření by bylo vhodné zavádět určitá opatření, aby se počet dětí s dyslálií v první třídě základní školy snižoval.

Dále by bylo velmi zajímavé prozkoumat, jaké dopady má dyslalie na školní práci. Zabývat se dětmi, které nastoupily do první třídy s dyslálií, nejen během prvního ročníku, ale z dlouhodobějšího hlediska. Porovnat, jakou měrou jsou zastoupeny specifické poruchy učení u dětí s dyslálií a případně přijmou určitá opatření. Například u dětí s dyslálií provádět testy rizika vzniku specifických poruch učení a zahájit tak včasnou intervenci.

Vhodné by bylo také zaměřit se na současnou situaci na školách a provést komplexnější výzkum výskytu dyslalie v prvním ročníku základní školy. Tyto výzkumy byly prováděny například v 50., 70., 80., a 90. letech. Mezi poslední výzkumy, jak uvádí Salamonová (in Škodová, 2003) patří výzkum z roku 1991, kde byl zjištěn výskyt dyslalie u 38 % žáků a výzkum z roku 1999, zde byl výskyt dyslálií u dětí 36 %.

S výsledky těchto výzkumů by neměla být seznámena pouze odborná veřejnost, ale měly by být zprostředkovány vhodnou formou i široké veřejnosti.

Cílem práce bylo přiblížit problematiku dyslálie, odborné literatury k této problematice je poměrně značné množství, ovšem žádná se monograficky nezabývá možnými dopady dyslálie na školní úspěšnost a na psychiku dítěte. V odborné literatuře najdeme pouze dílčí pasáže, které se věnují této problematice, přestože je toto téma velmi důležité. Praktická část práce se zabývala především hodnotami výskytu dyslálie a dílčími výzkumnými otázkami s tímto tématem spojenými. Tato problematika jistě nebyla vyčerpána a předkládaná diplomová práce může sloužit jako inspirace k dalším a podrobnějším výzkumným šetřením.

Seznam literatury

Knižní publikace

- 1) BALAŠOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*, Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2003. ISBN 80-86723-05-4.
- 2) BENDL, S. *Kapitoly ze školní pedagogiky a školní psychologie*, Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7290-366-5.
- 3) BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*, Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.
- 4) ČÁP, Jan. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-534-3.
- 5) Česká logopedie, 1991, Praha, Knižní podnikatelský klub, ISBN 80-85267-21-7
- 6) DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*, Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.
- 7) GAVORA, P. *Učitel a žáci v komunikaci*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-7315-104-9.
- 8) GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*, Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- 9) KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-62-1.
- 10) KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1110-9.
- 11) KOLLÁRIKOVÁ, Z. *Předškolní a primární pedagogika*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-585-7.
- 12) KOLUCHOVÁ, J: *Přehled patopsychologie dítěte I*, Praha: SPN, 1989.
- 13) KOŠČ, L., *Patopsychológia: poruchy učenia a správania*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1975.
- 14) KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1568-1.
- 15) KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie - patlavost*. Hradec Králové: Beakra, 2007. ISBN 978-80-903863-0-3.

- 16) KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- 17) LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- 18) LECHTA, v. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- 19) LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- 20) MAREŠ, J. *Komunikace ve škole*. Brno: Masarykova univerzita, 1995. ISBN 80-210-1070-3.
- 21) NELEŠOVSKÁ, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0738-1.
- 22) PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*, Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
- 23) PRŮCHA, J. *Pedagogický výzkum: Uvedení do teorie a praxe*, Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-132-3.
- 24) PRŮCHA, J.: *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
- 25) RÁDLOVÁ, E. *Speciální pedagogická diagnostika*, Ostrava: Montanex, 2004. ISBN 80-7225-114-7.
- 26) ŘÍČAN, P.: *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8
- 27) SOVÁK, M. *Logopedie*, Praha: SPN, 1978.
- 28) ŠIKULOVÁ, R. *Kapitoly z předškolní pedagogiky*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006. ISBN 80-7044-825-3.
- 29) ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- 30) VÁGNEROVÁ, M. a kol.: *Psychologie handicapu*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4
- 31) VÁGNEROVÁ, M.: *Základy psychologie*, Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.

- 32) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-488-8.
- 33) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- 34) VYŠTEJN, J. *Vady výslovnosti*. Praha: SPN, 1987.
- 35) VYŠTEJN, J. *Vady výslovnosti: diagnostika, ošetření, a prevence patlavosti*. Praha: SPN, 1991. ISBN 80-04-24504-8.
- 36) ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-326-0.

Internetové zdroje

- 1) *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. 1. vydání. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2006. 48 s. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.vuppraha.cz/ramcove-vzdelavaci-programy/predskolni-vzdelavani>>.
- 2) *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007. 126 s. [cit. 2012-03-11]. Dostupné z WWW:<http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf>.
- 1) ZŠ Poláčkova [online]. [cit. 2012-03-2]. Dostupné z WWW: <<http://www.zspolackova.cz>>.
- 2) ZŠ Brána Jazyků [online]. [cit. 2012-03-2]. Dostupné z WWW: <<http://www.brana-jazyku.cz>>.
- 3) ZŠ Vodičkova [online]. [cit. 2012-03-2]. Dostupné z WWW: <<http://www.zsvodickova.cz/wp>>.
- 4) ZŠ Slovenská [online]. [cit. 2012-03-2]. Dostupné z WWW: < <http://www.zs-slovenska.cz/>>.
- 5) ZŠ Nad Vodovodem [online]. [cit. 2012-03-2]. Dostupné z WWW: <<http://www.zsnadvodovodem.cz/>>.

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

- Tab. č. 1 Vývoj artikulace z hlediska věku
- Tab. č. 2 Návratnost dotazník
- Tab. č. 3 Časový harmonogram (vlastní)
- Tab. č. 4 Výskyt narušené výslovnosti
- Tab. č. 5 Intaktní žáci a logopedická péče
- Tab. č. 6 Výskyt dyslalie v rámci pohlaví
- Tab. č. 7 Věk dětí s dyslálií
- Tab. č. 8 Kdo doporučil logopedickou péči?
- Tab. č. 9 Věk, kdy děti začaly navštěvovat logopedickou péči
- Tab. č. 10 Věk, kdy děti začaly navštěvovat logopedickou péči
- Tab. č. 11 Návštěvnost logopedické péče v 1. ročníku ZŠ
- Tab. č. 12 Výskyt dyslalie v rodině
- Tab. č. 13 Četnost dle artikulačních okrsků
- Tab. č. 14 Četnost výskytu v rámci artikulačních okrsků
- Tab. č. 15 Četnost chybně vyslovovaných hlásek
- Tab. č. 16 Může dyslalie ovlivnit školní úspěšnost?
- Tab. č. 17 Jak dle názorů rodičů dyslalie ovlivní školní úspěšnost.

Seznam grafů

- Graf č. 1 Frekvence výskytu dyslalie v závislosti na věku
- Graf č. 2 Žáci: poměr chlapců a dívek
- Graf č. 3 Výskyt narušené výslovnosti
- Graf č. 4 Intaktní žáci a logopedická péče
- Graf č. 5 Účast na logopedické péči
- Graf č. 7 Věk dětí s dyslálií
- Graf č. 8 Kdo doporučil logopedickou péči?
- Graf č. 9 Věk, kdy děti začaly navštěvovat logopedickou péči

Graf č. 10 Kdo vedl logopedickou péči?

Graf č. 11 Návštěvnost logopedické péče v 1. ročníku ZŠ

Graf č. 12 Výskyt dyslalie v rodině

Graf č. 13 U kterých členů rodiny se vyskytovaly potíže s výslovností?

Graf č. 14 Četnost nesprávné výslovnosti hlásek

Graf č. 15 Četnost dle artikulačních okrsků

Graf č. 16 Četnost výskytu v rámci artikulačních okrsků

Graf č. 17 Četnost chybně vyslovovaných hlásek

Graf č. 18 Může dyslalie ovlivnit školní úspěšnost?

Graf č. 19 Jakým způsobem ovlivní dle názorů rodičů dyslalie školní úspěšnost.

Příloha: Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Studuji dvouobor: speciální pedagogika a český jazyk a literatura. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění níže uvedeného dotazníku.

Vaše odpovědi jsou pro mne velmi cenné a budou sloužit výhradně pro vyhodnocení výzkumné části mé diplomové práce, která se zaměřuje na problematiku dětí s narušenou komunikační schopností (dyslalií).

Dotazník prosím vyplňte během jednoho týdne a pošlete zpět po Vašem dítěti, které ho předá své třídní učitelce. Pokud byste měli jakýkoli dotaz, neváhejte mne kontaktovat na tel. číslo 732 915 160 nebo přes email: stumpfovaliba@seznam.cz.

Velice děkuji za Váš čas a ochotu spolupracovat

Bc. Libuše Štumpfová

DOTAZNÍK

Pokyny pro vyplnění dotazníku: Prosím zvolte vždy jednu z nabízených možností, která Vám nejvíce vyhovuje. U možnosti „jiná odpověď“ svoji odpověď vypište.

1) Věk Vašeho dítěte

- a) 6
- b) 7
- c) jiná odpověď

- 2) **Vaše dítě je:**
a) chlapec
b) dívka
- 3) **V kolika letech nastoupilo Vaše dítě do školy? Prosím, uveďte věk Vašeho dítěte (rok a měsíc).**
.....
.....
- 4) **Byla Vašemu dítěti doporučena logopedická péče?**
a) ano
b) ne

Na další otázky budou odpovídat pouze ti rodiče, kteří na 4. otázku odpověděli ANO.

- 5) **Kdo upozornil na to, že by Vaše dítě mohlo mít problémy s výslovností.**
a) učitelka MŠ
b) pediatr (dětský lékař)
c) jiná odpověď.....
- 6) **V kolika letech začalo Vaše dítě docházet na logopedii?**
a) ve 4 letech
b) v 5 letech
c) v 6 letech
d) jiná odpověď
- 7) **Kdo vedl logopedickou péči a kde byla logopedická péče uskutečňována?**
a) logoped v logopedické ambulanci
b) logoped, který docházel do MŠ
c) učitelka v MŠ
d) jiná odpověď
- 8) **S artikulací jakých hlásek má a mělo Vaše dítě problémy? (prosím vypište)**
MÁ:.....
MĚLO:.....
- 9) **Účastní se Vaše dítě logopedické péče i v současné době, tj. v době, kdy už Vaše dítě navštěvuje ZŠ?**
a) ano
b) ne

10) Pokud jste odpověděli, že ANO, uveďte prosím důvod návštěv.

.....
.....

11) Myslíte, že by problémy s výslovností hlásek mohly mít dopad na školní úspěšnost Vašeho dítěte? (prosím vypište a svoji odpověď zdůvodněte)

.....
.....

12) Vyskytly se v minulosti u některého člena Vaší rodiny problémy s výslovností?

a) ne

b) ano (prosím zaškrtněte u koho a vypište, o jaké hlásky se jednalo)

- sourozenec
- matka.....
- otec.....
- prarodiče.....